

CLINIQUE DES CONDUITES ADDICTIVES

Muriel Lascaux

2020

Table des matières

I – Introduction - Comment aborder la question de l'addiction ?	
.....	
5	
II – Les soins en addictologie : origines, fondements, définitions	
.....	
8	
1. ORIGINE DES SOINS EN ADDICTOLOGIE	8
2. DEFINITIONS FONDAMENTALES	10
a) <i>Définition de l'addiction</i>	10
b) <i>Autres définitions</i>	11
c) <i>Evolution de la prise en compte des addictions dans le DSM et la CIM</i>	12
III – Aujourd'hui, quelle clinique des addictions ?	
.....	
15	
1. ETAT DES LIEUX DES CONDUITES ADDICTIVES ACTUEL	15
2. PRESENTATION DES CONDUITES ADDICTIVES AVEC OU SANS PRODUIT	16
3. CLASSIFICATIONS DES PSYCHOTROPES	17
IV – COMPRENDRE les conduites addictives ?	
.....	
19	
1. LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	20
a) <i>Les facteurs psychosociaux de l'addiction</i>	20
b) <i>Les facteurs aggravants</i>	21
2. LES PROCESSUS NEUROBIOLOGIQUES ET PSYCHOSOCIAUX	24
a) <i>L'approche neurobiologique</i>	24
b) <i>L'approche psychosociale</i>	26
3. LES MODELES DES DIFFERENTES APPROCHES PSYCHOTHERAPEUTIQUES	28
a) <i>Approche psychanalytique</i>	28
b) <i>Approche systémique</i>	30
c) <i>Approche cognitivo-comportementale</i>	32
d) <i>Approche attachementiste</i>	33
e) <i>Vers des approches intégrées</i>	37

V – Dispositif de soins et d'accompagnement en addictologie ?

38

1.	DISPOSITIF DE SOINS EN ADDICTOLOGIE	38
a)	<i>Lieux de rencontre</i>	38
b)	<i>L'occasion de construire un lien</i>	40
2.	LES INTERVENTIONS DE PREVENTION, DE RDRD ET PSYCHOEDUCATION	41
a)	<i>Prévention</i>	41
b)	<i>La RDRD</i>	44
c)	<i>La psychoéducation</i>	47
4.	INTERVENTIONS MEDICALISEES : SEVRAGE ET TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION.....	47
a)	<i>Traitements de substitution</i>	49
b)	<i>Traitements de substitution nicotinique</i>	50
5.	PRISES EN CHARGES PSYCHOTHERAPEUTIQUES.....	50
a)	<i>L'Entretien Motivationnel (EM)</i>	51
b)	<i>Les TCC (thérapies cognitivo-comportementale)</i>	52
c)	<i>La psychanalyse</i>	53
d)	<i>Les thérapies systémiques</i>	53
e)	<i>Les approches psychosociales et communautaires (une visée humaniste)</i>	55
f)	<i>L'approche thérapeutique du psychotraumatisme associée à l'addiction (appui des théories attachementistes)</i>	56

BIBLIOGRAPHIE

57

ANNEXES

58

PRESENTATION DES PRODUITS ET COMPORTEMENTS	59
LES CONDUITES ADDICTIVES AVEC SUBSTANCE(S)	59
<i>Produits « licites »</i>	59
<i>Produits « illicites »/stupéfiants</i>	61
<i>Médicaments psychotropes</i>	66
ADDICTIONS SANS SUBSTANCES/ADDICTIONS COMPORTEMENTALES	67
<i>Jeu de hasard et d'argent – Gambling disorder</i>	67
<i>Trouble lié aux jeux en ligne : Internet gaming disorder</i>	68
<i>Addictions comportementales en débat</i>	69
TROUBLES ASSOCIES ET ADDICTION AVEC OU SANS PRODUIT	74

I – Introduction - Comment aborder la question de l'addiction ?

Les drogues et les conduites addictives représentent des enjeux de santé et de sécurité publiques majeurs, qu'il s'agisse de prévenir les dommages sanitaires et sociaux ou de lutter contre le trafic (OFDT, 2019). Il n'y a pas de société sans drogue, toutes ont développé des usages de substances psychoactives qu'ils soient thérapeutiques, de socialisation ou hédonique (Morel & Couteron, 2019). Le 21^e siècle est marqué par un tournant quant à une idéologie normative d'une société sans drogue et on assiste à l'émergence de nouvelles problématiques et pratiques de consommation : le décret en France du 9 octobre 2020 autorisant l'usage thérapeutique du cannabis dans un cadre contrôlé et limité pour les personnes souffrant de maladies graves en est un témoin ; ou encore le nombre de pays ces dernières années qui ont fait le choix de légaliser ou dépenaliser le cannabis (Canada, Allemagne, Espagne, Portugal, Italie, Suisse, etc.). L'addiction doit en effet être considérée comme un reflet de l'évolution sociétale comme un message socio-culturel : *« comme l'hystérie et les névroses le furent à la fin du 19^e siècle, les dépendances, sous toutes leurs formes, sont les maladies emblématiques de notre temps »* (Valleur & Matysiak, 2008 p.17). On peut rappeler la définition que Olievenstein proposait de la toxicomanie : *« c'est la rencontre entre un individu et un produit dans un contexte socio-culturel. L'addiction recoupe nombre de domaines (culturel, social, politique, médicale, neurologique, clinique) et son approche ne peut se réduire à un seul paradigme, qu'il soit scientifique, social, moral ou psychologique.*

Outre les représentations et opinions des conduites addictives quels soient influencés par des intérêts économiques, sociales ou individuels, la question de l'encadrement de l'usage des drogues doit se poser : *« dans quelle mesure devons-nous collectivement décider de nous priver de certaines libertés parce qu'elles peuvent finalement nous causer trop de tort ? cet énoncé de philosophie politique n'a cessé d'interpeller durant les siècles, en particulier dans les démocraties libérales ! »* (Fallissard, 2019). En effet, l'addiction en ce qu'elle renvoie des notions de liberté et de dépendance et ce en lien avec le contexte sociétal en ferait-elle une pathologie de la liberté ? où la guérison pourrait donc se concevoir comme l'acquisition, ou la restauration, de l'autonomie, du libre-arbitre et de la responsabilité ?

Freud soulignait dans Malaise dans la civilisation que la fonction des drogues était à la fois la jouissance immédiate recherchée et aussi le degré d'indépendance souhaité vis à vis du monde extérieur. Olievenstein évoque le paradoxe des toxicomanes de se croire libre dans une prison (c'est par ce qualificatif que beaucoup de patients désignent leur dépendance), de tenter d'échapper au carcan normatif dans la servitude et dans la solitude (conséquence fatale des conduites addictives sévères) (Blaise & Rossé, 2011). Ce qui renvoie à ce que Morel nomme l'ubiquité des drogues. Cette dualité des drogues, tout à la fois *« remèdes et poisons », « portes du paradis et de l'enfer »...* *« Nous en tirons de grands bienfaits et elles causent de graves conséquences sanitaires et sociales. Elles nous procurent la plénitude, mais aussi le manque, elles provoquent un effet, mais aussi un contre effet »* (Morel, 2007).

Ces débats philosophiques doivent nécessairement se nourrir d'objectivité scientifique sur leurs déterminants et leurs conséquences afin de faire évoluer les propositions et les stratégies d'action. L'addictologie est multidisciplinaire, elle ne peut faire l'économie d'un abord écologique, multidimensionnel, bio-psycho-social et multi-varié selon le triptyque des interactions individu-produit-société, mais elle est plus encore. Elle ne se réduit pas aux savoirs professionnels et « experts », quels qu'ils soient, mais doit aussi intégrer les savoirs usagers et expérientiels. L'avenir de l'addictologie se joue dans sa capacité à les associer dans ses approches, ses pratiques, ses institutions, ses formations, ses recherches, etc. (Morel & Couteron, 2019 p. XVI).

Sans éluder les aspects sociaux, politiques et médicale nous nous centrerons sur la clinique et la prise en charge thérapeutique.

POUR ALLER PLUS LOIN...

- Bernard STIEGLER (2007). Questions de pharmacologie générale. Il n'y a pas de simple pharmakon. Psychotropes, 13 (3), 27-54.
- Roland GORI (2014). Faut-il renoncer à la liberté pour être heureux ? Les liens qui libèrent : Paris.
- Françoise KLELTZ-DRAPEAU (2013). Le point de vue de la philosophie. Le Courrier des addictions 15 (1). Janvier-Février-Mars.

FOCUS sur le concept d'une société addictogène

L'actuelle expansion des comportements addictifs est en partie liée à la suprématie d'une idéologie fondée sur des formes immédiates de bien-être et la recherche insatiable du bonheur individuel. Les valeurs et normes contemporaines dominantes font la promotion de la performance, de l'efficacité, du contrôle de soi, encourageant insidieusement le recours aux substances psychoactives en tant que techniques efficaces de gestion de soi et de son rapport au monde.

Selon Couteron, quatre facteurs convergent pour former un contexte propice aux conduites addictives, proposé de plus en plus tôt à des personnes de moins en moins accompagnées (Couteron, 2009 ; Lascaux & Couteron, 2015) :

- L'estompage des contenants collectifs et culturels mais aussi l'avènement d'une société des loisirs et de la consommation, l'essor des nouvelles technologies sont autant d'éléments qui ont un impact sur la régulation des comportements individuels et sur le contrôle sur soi, créant « un individu souvent peu armé pour résister aux sollicitations du dehors comme aux impulsions du dedans » (Lipovetsky & Serroy, 2008 p.64).
- La primauté d'une culture de l'intensité, de l'excès et de l'accès immédiat à l'objet de désir, banalisant le « tout, tout de suite » dans une culture consumériste qui existe et stimule à l'infini la demande plus qu'elle ne satisfait le désir (Bauman, 2006). Cette recherche d'hédonisme banalise la recherche de sensations fortes apportées notamment par les psychotropes et les univers des jeux vidéo.
- La triple injonction de soi : sois autonome, performant et sois toi-même ! Les drogues semblent y apporter une réponse quasi « naturelle », en développant le sentiment de maîtrise de soi et de son environnement, qu'il s'agisse de maintenir une activité intense, de fluidifier les relations sociales, d'exprimer ou de dissimuler ses émotions, de calmer ses souffrances existentielles, ou encore de décompresser dans un environnement anxiogène, telle une « prothèse chimique » (Ehrenberg, 1995).
- Les valeurs libérales de la société qui promeut le profit, la concurrence, l'argent plutôt que la solidarité et la responsabilité. Ce contexte socioéconomique aggrave les inégalités, les destructions culturelles et renforcent une compétitivité généralisée.

Cette société dans laquelle les individus grandissent abandonnerait peu à peu son rôle régulateur et pousserait à l'extrême le paradoxe de promouvoir ce que dans le même temps elle réprime (Couteron & Morel, 2011).

II – Les soins en addictologie : origines, fondements, définitions

1. Origine des soins en addictologie

Les drogues sont connues depuis des millénaires et leurs usages se confondent avec l'histoire des hommes. Longtemps utilisés dans les rites religieux, spirituels et médicaux, les savoirs de ces expériences ancestrales ont été oubliés et disqualifiés par les dogmes d'une morale d'abord religieuse puis médicale (Rosenzweig, 1998). Ces deux derniers siècles et surtout ces dernières décennies avec l'avènement d'une société libérale et hyper-consumériste, l'évolution de la question des drogues et de leurs usages a pris une ampleur inédite et considérable (Morel & Couteron, 2019). Il est donc essentiel de ne pas réduire les questions liées aux usages au seul angle de l'individu et de ses comportements, mais doivent aussi être considérées comme un reflet de l'évolution sociétale (Morel, Fontaine & Hervé, 1997).

Au niveau médical, l'intérêt pour les drogues s'est particulièrement prononcé au 18 et 19^e siècle avec les premiers modèles pathologiques et l'invention des médicaments visant à atténuer la douleur, soulager la dépression, donner de l'énergie, accompagner le sommeil, etc. (Valleur & Matysiak, 2002). Progressivement, on voit apparaître un usage médical des drogues sur prescription et une consommation populaire, hors prescription (Couteron, 2019 p.18).

Au niveau social et politique, l'intérêt a été motivé au début des années 1970 pour donner suite au décès par overdose de jeunes avec notamment l'augmentation de la consommation d'héroïne qui a fait réagir l'opinion publique. C'est dans ce contexte que les politiques ont voté la Loi de 70¹ qui contraint les « toxicomanes » à se soigner sous peine d'emprisonnement. Cette loi considère tout usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant. Elle sanctionne l'usage, la production, la vente ou la cession, et l'organisation de la production ou la cession de stupéfiants. Cependant, elle prévoit une exemption de poursuites pénales (jusqu'à un an de prison ferme pour usage simple) pour les toxicomanes usagers « simples » qui acceptent de se soumettre à des soins. Malgré la stigmatisation de l'usager réduit à un malade ou un délinquant, cette Loi a aussi permis de poser les bases du droit pour le toxicomane à se faire soigner de façon volontaire, anonyme et gratuite, ce qui était encore récent à cette époque. L'essentiel de la législation française actuelle, en matière de stupéfiants, repose toujours sur la loi du 31 décembre 1970 (loi N°70-1320). L'année 2020 fête les 50 ans de la loi de 70, et comme depuis de nombreuses années, la question de savoir si elle est encore adaptée à notre société actuelle anime de nombreux débats.

Nombre de professionnels de l'addictologie la considèrent obsolète et appellent à sa révision (sortir de la stigmatisation, de la pathologisation, de l'écart entre drogue licite et illicite, notion de liberté/contrainte, etc.). Ces cliniciens engagés dans le domaine des drogues depuis les années 1970 se mobilisent pour la reconnaissance des spécificités cliniques et des significations

¹ Site MILDECA : Loi actuellement en vigueur en France en matière d'usage de stupéfiants (loi no 70-1320 du 31 décembre 1970, J.O. du 2 janvier 1971), qui instaure une double série de mesures, sanitaires, d'une part, et répressives, d'autre part. <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/lexique/loi>

sociales de « la toxicomanie » et pour rendre compte de l'inadéquation de la toxicomanie comme concept face aux problématiques d'aujourd'hui trouve une illustration plus claire encore avec la consommation massive d'une drogue pourtant interdite : le cannabis. L'usage de cette substance par près de la moitié des adolescents et par 15 à 20 % d'entre eux de façon régulière n'a généralement que peu à voir avec la recherche de transgression et d'intensité sur laquelle s'est fondée la clinique de la toxicomanie. *« La société de ce XXI^e siècle n'a plus grand-chose à voir avec celle d'il y a trente ou quarante ans, et la place des substances psychoactives (SPA) est devenue tout autre. L'addictologie traduit une représentation que l'homme « post-moderne » se fait de lui-même et de son monde. Elle est une construction et un produit de la pression sociale (ou plutôt socio-anthropologique) qui s'exerce sur le sujet moderne. Parmi ces pressions du social, celle qui concerne l'idéal d'indépendance individuelle joue probablement un rôle puissant dans l'avènement de la notion d'addiction : plus il y a une valorisation du sujet autonome et sans dépendance, plus celui-ci recherche des substituts de liens sociaux et plus on « pathologise » toutes les formes de dépendance. Cela ne retire rien à la réalité de ses souffrances »* (Morel, 2007).

Pendant longtemps, en France on a parlé séparément d'alcoolisme et de toxicomanie séparant ainsi les institutions de soins. La tabacologie, arrivé plus tard, s'est-elle aussi mise « à part ». Jusqu'à ce que l'on s'aperçoive que ces clivages étaient porteurs d'une idéologie morale centrée sur les produits (Morel & Couteron, 2019 p. XVI). En effet, *« la définition juridico-médicale instituée par la loi de 1970 a créé un nouveau statut au « drogué » alors accusé de mettre en danger la société en se rendant malade. Cela ne pouvait qu'entériner une différenciation avec l'alcool et l'alcool-dépendance, car l'alcool n'est pas marqué du sceau de l'interdit dans nos sociétés et nous sommes censés savoir en faire un usage « modéré » et contrôlé »* (Morel, 2007).

Le concept d'addiction adopté au début des années 2000 en France a introduit un changement de paradigme et s'est vite généralisé pour se substituer celui de toxicomanes. Sa perspective trans-produit a permis de dépasser ces cloisonnements et de s'écarter de cette idéologie stigmatisante de la faute. Il a déplacé le focus sur le comportement d'usage, motivées par la recherche universelle d'adaptation au monde, de bien-être et de plaisir. (Morel et Couteron, 2019 p. XVI). Ainsi, l'addiction se rapporte autant à l'usage de produits qu'à des conduites répétitives (comme le jeu pathologique). L'addictologie est l'étude des addictions, c'est-à-dire du rapport pathologique qu'un sujet entretient avec une substance ou un comportement. Depuis 2008, le système de soins intègre dans une même structure toutes les addictions grâce à la mise en place des CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).

FOCUS sur l'histoire d'un homme (Dr Olievenstein), d'un centre (Centre médical Marmottan) et les origines de la clinique de l'addiction en France

L'histoire des soins en addictologie en France se confond avec la création et le développement du centre médical Marmottan qui constituèrent, au fil des années 1970, le symbole de la redécouverte par la médecine et la société française des problèmes de toxicomanie.

Cf. Document tiré du projet de pôle du centre Marmottan : « Histoire du centre médical Marmottan ».

Cf. Article Blaise M., Rossé E. (2011). Monsieur drogue. Claude Olievenstein, trente ans d'interventions médiatiques. Psychotropes, 17 (1), 57-82.

2. Définitions fondamentales

a) Définition de l'addiction

Elle peut être définie comme le recours actif et répété à des conduites (consommation de substances ou comportement). La Mission interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les conduites Addictives (MILDECA) définit l'addiction comme « *une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée voire parfois totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier, à l'égard : d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments...), d'une pratique (jeu, achat, sexe, Internet...)* » (Mission interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les conduites Addictives, 2014). Un des premiers à avoir défini le concept d'addiction est le psychiatre américain Aviel Goodman (Goodman, 1990). Dans cet article fondateur de 1990, Goodman propose un certain nombre de critères du trouble addictif (Goodman, 1990, p. 1404):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Incapacité récurrente à résister aux impulsions à s'engager dans un comportement spécifique.B. Augmentation du sentiment de tension immédiatement avant d'initier le comportement.C. Plaisir ou soulagement au moment de la réalisation du comportement.D. Sentiment de manque de contrôle pendant le comportement.E. Présence d'au moins 5 critères parmi les suivants :<ul style="list-style-type: none">1) Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare le comportement.2) Engagement dans le comportement de façon plus intense ou pour une durée plus longue que prévue.3) Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.4) Beaucoup de temps passé à des activités nécessaires au comportement, à sa réalisation ou à la récupération de ses effets.5) Engagement fréquent dans le comportement au moment où la personne doit pour remplir des obligations professionnelles, académiques, domestiques ou sociales.6) Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants à cause du comportement.7) Poursuite du comportement malgré la connaissance d'un problème social, financier, psychologique ou physique récurrent ou persistant, causé ou aggravé par le comportement.8) Tolérance : nécessité d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement afin d'obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet si maintien d'un comportement la même intensité.9) Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité à s'engager dans le comportement.F. Certains symptômes du trouble ont persisté pendant au moins 1 mois ou se sont répétés à plusieurs reprises sur une période de temps plus longue. |
|--|

Si ces critères ne sont pas tout à fait ceux que l'on peut retrouver dans le DSM V, ils ont cependant l'avantage d'offrir une vision assez large du concept d'addiction, qui ne se borne pas au « rapport exclusif entre un individu et un produit » (Loonis, 2001, p. 19). Il n'en reste pas moins que ce concept est assez peu précis et qu'il convient bien souvent de mettre en avant les spécificités de chaque addiction.

Les addictions recouvrent à la fois les addictions aux substances psychoactives licites ou illicites et des addictions sans substances (comme le jeu pathologique, la cyberaddiction, l'addiction sexuelle, l'addiction aux sports, au travail, les troubles des conduites alimentaires, les achats compulsifs, etc.).²

b) Autres définitions

Dans le champ des conduites addictives, on peut retrouver un certain nombre de définitions ayant trait aux conduites ou aux effets des conduites addictives sur l'individu.

- **Abus :**

Le terme « abus » s'entend comme la consommation excessive d'une substance. Il peut être également utilisé pour le recours excessif à un objet ou un comportement. On pourra alors parler d'usage problématique.

- **Dépendance :**

Il est important de faire la distinction entre la dépendance physique et la dépendance psychique. La dépendance physique est « habituellement désignée par l'expression de tolérance à la drogue, ce qui signifie que la personne qui en use a besoin de doses accrues pour obtenir l'effet recherché » (Kolb & Whishaw, 2002, p. 216). La dépendance physique est également marquée par un syndrome de sevrage lors de l'arrêt de consommation de la substance. Cette dépendance physique à une substance se fait de façon progressive. Dans un premier temps, la consommation peut être à usage récréatif ou « social ». Cependant, après un nombre répété de prises (parfois une seule prise pour des substances telles que le Crack), l'individu a besoin d'accroître les doses consommées pour retrouver les effets ressentis initialement. En cas de diminution ou de non prise de la substance, l'individu peut ressentir un « syndrome de manque » qui le pousse à reprendre la consommation. En ce qui concerne la dépendance psychique, elle est intimement liée à la dépendance physique. En effet, les effets (i.e. euphorisants, apaisants...) procurés par la substance consommée vont être recherchés par la personne dépendante. Cela va induire chez elle le désir de consommer. Il semblerait que l'on retrouve également la dépendance psychique dans le cas des addictions comportementales. Ainsi, par exemple, le besoin irrésistible de jouer aux jeux en ligne serait caractérisé par certains facteurs neurobiologiques identiques à ceux observés dans le cas des addictions avec substances (Ko et al., 2009).

- **Tolérance :**

Il s'agit du besoin d'augmenter progressivement les doses consommées de façon à obtenir un effet identique aux premières prises de la substance. En effet, après un certain temps (plus ou moins court en fonction des substances psychoactives), le corps de l'individu s'accoutume à la substance et les effets ressentis sont moins intenses. La personne sera alors en recherche des premières sensations éprouvées.

- **Sevrage :**

² Site de l'Inserm <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>

Le sevrage correspond à l'arrêt de consommation d'une substance. Il est marqué par un ensemble de symptômes qui constituent le « syndrome de sevrage ». Ces symptômes (sudation, augmentation du rythme cardiaque, vomissements...) dépendent du type de substances consommées. Le syndrome de sevrage peut conduire à l'apparition d'un épisode aigu d'hallucinations appelé *délirium tremens* (sevrage alcoolique) voire au coma (sevrage de benzodiazépines). Le sevrage peut nécessiter la prise de produits de substitution (sevrage aux opiacés). Ces produits procurent des effets physiologiques similaires aux drogues. Néanmoins, étant prescrits dans le cadre d'un suivi thérapeutique, ces produits aident la personne dépendante à s'éloigner de l'environnement illicite lié aux drogues et à se projeter dans un arrêt de consommation à plus ou moins long terme.

- **Abstinence :**

Ce terme est utilisé dans le cadre de la dépendance aux substances pour exprimer un arrêt de consommation total. On considère néanmoins qu'il reste un risque de rechute. Une personne qui a connu une période de dépendance à une substance est donc toujours considérée comme dépendante, même lorsqu'elle n'a plus recours à cette substance.

- **Rechute :**

On parle de rechute lorsqu'une personne qui était abstinente recommence à consommer une substance psychoactive, ne serait-ce qu'une fois pour certaines substances.

- **Effet rebond :**

Il s'agit de la réapparition de symptômes (i.e. anxiété, dépression, insomnie...) qui étaient présents en amont de la dépendance à une substance. Cet effet rebond peut survenir après l'arrêt de consommation de la substance psychotrope, plus ou moins à distance de cet arrêt (quelques jours à plusieurs semaines).

- **Usage à risque**

Un usage est dit « à risque » lorsqu'une personne réalise la consommation (occasionnelle) d'une substance ou s'engage dans une conduite pouvant entraîner une dépendance (jeux d'argent et de hasard), dans une situation dites à risque (exemples : consommation/pratique solitaire ou dans un contexte d'isolement, consommation/pratique dans un but d'échappatoire, consommation/pratique précoce, association avec des conduites à risques multiples ou de recherche de sensation, association avec d'autres consommations/pratiques ...). Un usage à risque est un usage susceptible de conduire à une conduite addictive en tant que telle et peut également avoir des conséquences néfastes pour l'individu tant au niveau individuel, que social, professionnel ...

c) Evolution de la prise en compte des addictions dans le DSM et la CIM

Dans le domaine la psychiatrie et de l'addictologie, deux classifications internationales sont utilisées : la classification américaine des troubles mentaux, le DSM (Diagnostic & Statistical Manual) qui en est actuellement à la 5^e version (DSM-5) ; et la classification internationale des maladies (CIM) élaborée par l'OMS avec sa dernière version la CIM-11.

Les addictions avec substances (communément nommées SUD dans la littérature pour *Substance Use Disorder*) sont apparues dans le DSM dès sa première version, en 1952. A cette époque, les SUD sont classées parmi les troubles de la personnalité. Ce sera également le cas pour le DSM-II publié en 1968. En revanche, dans le DSM-III (1980), les SUD sont reconnues comme une catégorie spécifique de pathologies. Une distinction est alors faite entre « abus » et « dépendance » (prenant en compte les phénomènes de « tolérance - *tolerance* » et de « sevrage - *withdrawal* »). On y retrouve les abus et dépendances liées à la consommation d'alcool, tabac et psychotropes (opioïdes, cocaïne, barbituriques, amphétamine, cannabis...). Le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se démarque du DSM-III en devenant multiaxial. Il comprend désormais 5 axes qui sont :

- Axe 1 : les troubles mentaux, hormis les troubles de la personnalité et les retards intellectuels. Les troubles liés aux substances appartiennent à cet axe.
- Axe 2 : les troubles de la personnalité et les retards intellectuels.
- Axe 3 : les affections médicales générales, autrement dit les troubles physiques pouvant induire ou compliquer une pathologie psychique.
- Axe 4 : les problèmes psychosociaux et environnementaux
- Axe 5 : l'évaluation globale du fonctionnement

Les troubles liés aux substances sont répartis en 2 grandes catégories :

- Troubles liés à l'usage de substance(s) : la dépendance et l'abus de substance.
- Troubles induits par la consommation de substances : l'intoxication et le sevrage.

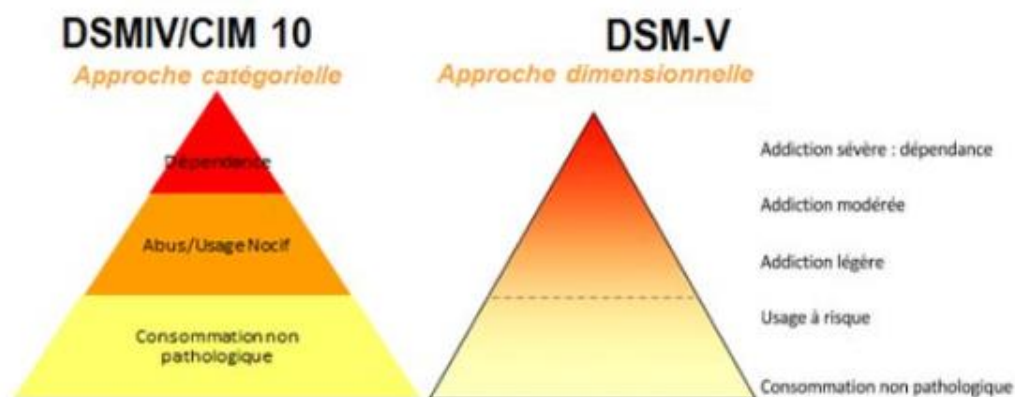
Le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) marque une rupture avec les précédentes versions. Deux changements majeurs sont à noter : la disparition des axes et la prise en compte d'un aspect plus dimensionnel des troubles. On observe également une nouvelle évolution dans la prise en compte des addictions avec substances : la dichotomie « abus » et « dépendance » n'est plus considérée et l'on retrouve ces deux critères sous un critère commun de « trouble lié à l'usage de substance – *substance use disorder* » (Gazel, Fatseas, & Auriacombe, 2014). Une nouvelle notion est également apparue : le « *craving* ». Le *craving* peut être défini comme une envie irrépressible, liée à la notion de perte de contrôle (Fatseas et al., 2015; Tiffany & Wray, 2012). Cette envie irrépressible serait orientée vers un objet spécifique (Tiffany & Wray, 2012). Cette notion de *craving* est actuellement appliquée aux seules addictions avec substances. Pourtant, selon Fatseas (2015), l'existence de plusieurs études montrant des liens entre le *craving* et certaines addictions comportementales (Goudriaan, de Ruiter, van den Brink, Oosterlaan, & Veltman, 2010; Tavares, Zilberman, Hodgins, & El-Guebaly, 2005) argumenterait en faveur de l'extension de cette notion aux addictions comportementales. En ce qui concerne les addictions comportementales, le « trouble lié aux jeux d'argent et de hasard » est introduit dans la section « troubles liés aux substances et addictifs » dans le DSM-V (il quitte donc la section des « troubles des impulsions ») et son intitulé évolue de « jeux pathologiques » (*pathological gambling*, DSM-IV) à celui de « trouble lié aux jeux d'argent et de hasard » (*Gambling Disorder*, DSM-V). Cette évolution du DSM dans l'intitulé du diagnostic souligne la volonté de réduire l'impact négatif et stigmatisant du terme « pathologique » (Reilly & Smith, 2013). Le diagnostic de « trouble lié aux jeux d'argent et de hasard » figure désormais sous le sous-titre de « troubles non liés à une substance » (*Non-Substance-Related Disorders*). Le

diagnostic de « trouble du jeu sur Internet » (*Internet Gaming Disorder*) a par ailleurs été retenu dans le DSM-V. Il est toutefois répertorié dans la section III du DSM-V, qui regroupe les troubles pour lesquels il est encore nécessaire de mener des recherches cliniques avant qu'ils puissent être considérés comme troubles à part entière.

La dernière version de la Classification internationale des maladies, la CIM-11 (mai 2019) ne suivra pas le tournant dimensionnel du DSM et reste catégorielle dans sa description diagnostique du trouble de l'usage : consommation non pathologique, abus/usage nocif, et dépendance. L'OMS prévoit par ailleurs d'introduire une sous-catégorie d'usage nocif qui permettrait d'inclure les épisodes isolés, qui ont par exemple amené à une hospitalisation aux urgences ou ailleurs. D'autre part, l'OMS reconnaît officiellement le trouble du jeu vidéo « gaming disorder » : La décision relative à l'inclusion du trouble du jeu vidéo dans la CIM-11 a été sous-tendue par les analyses des données factuelles disponibles et procède d'un consensus d'experts dans des disciplines différentes.

Schéma : Approches catégorielle des troubles de l'usage de substance et dimensionnelle de l'addiction (Reynaud, 2016).

Trouble de l'usage de substance – Addiction



Les schémas ci-dessus illustrent le passage d'une classification en catégories d'usage (abus/usage nocif et dépendance) retrouvé dans le DSM IV, la CIM 10 et la CIM 11 à une classification par gravité progressive (de modérée à sévère) retenue par le DSM V.

III - Aujourd'hui, quelle clinique des addictions ?

1. Etat des lieux des conduites addictives actuel

Issus du livret « Drogues et addictions, données essentielles » publié en 2019 par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT, 2019). Cf. site www.ofdt.fr

Avec la notion d'« addiction », on considère comme conduites addictives celle avec drogues licites (alcool, tabac) ou illicites (héroïne, cocaïne, annabis, etc.), et celle sans produit (écrans interactifs et jeux vidéo, jeux d'hasard et d'argent, etc.) susceptibles de générer des troubles liés à l'abus ou à la dépendance.

En 2017, d'après les enquêtes en population générale fondées sur les données déclaratives, les substances licites (tabac et alcool) restent les produits les plus consommés en France, que ce soit en termes d'expérimentation ou d'usage régulier : 27% des adultes fument quotidiennement du tabac ; les buveurs quotidiens représentent 10%. Parmi les drogues illicites, le cannabis demeure la première substance consommée (45% d'expérimentateur parmi les adultes, 11% d'utilisateurs dans l'année et 6% dans le dernier mois), loin devant la cocaïne (1,6% d'utilisateurs dans l'année). Les champignons hallucinogènes et la MDMA/ecstasy sont expérimentés par 5% des adultes et concerne moins de 3% de la population jeune et adulte (OFDT, 2019).

Chez les jeunes 12-25 ans, les trois principaux produits psychoactifs consommés sont comme chez les adultes l'alcool, le tabac, le cannabis : à 17 ans, sur dix jeunes, neuf ont déjà bu de l'alcool, six ont essayé la cigarette et quatre ont expérimenté le cannabis ; la chicha et la cigarette électronique sont également expérimentées par la moitié des jeunes de 17 ans. Si la majorité des expérimentations restent limitées dans le temps et les quantités (avant la vie active adulte), une proportion non négligeable d'adolescents peuvent développer des usages susceptibles d'affecter leur scolarité, leur développement et leur santé : à 17 ans, un quart des jeunes fument quotidiennement des cigarettes, près d'un sur dix déclare avoir consommé de l'alcool et/ou du cannabis au moins 10 fois dans le dernier mois ; enfin, 7,4% des jeunes de cet âge présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis (OFDT, 2019).

Encore peu quantifiées, les addictions « sans substance » toucheraient moins de 5% de la population, les plus fréquentes étant les jeux d'argent et d'hasard parmi les adultes et les jeux vidéo parmi les jeunes.

Quant aux médicaments psychotropes, un français sur dix déclare avoir eu recours à des anxiolytiques dans l'année, alors qu'un jeune de 17 ans sur cinq déclare en avoir déjà utilisé (sur prescription ou non) avec une prévalence féminine contrairement aux autres produits psychoactifs (OFDT, 2019).

Les tendances d'évolution des consommations de drogues varient selon les produits, le contexte, les classes d'âge, etc. On observe actuellement dans l'ensemble de la population (jeune et adulte), une baisse pour les deux produits les plus répandus que sont l'alcool (diminution progressive depuis 1950) et le tabac (apparition de la cigarette électronique cette dernière décennie). La proportion d'utilisateurs de cannabis progresse parmi les adultes alors que son initiation chez les plus jeunes ralentie. En effet, les consommations de tabac, alcool et cannabis sont inférieures aux niveaux observés au début de la décennie 2000 mais la proportion

d'usagers problématique à 17 ans augmente. L'expérimentation des stimulants (MDMA ecstasy cocaïne) a nettement progressé parmi les mineurs et les adultes (notamment la cocaïne chez les adultes avec un pic à 1,6% d'usagers dans l'année). Notons également, une montée depuis les années 2010 des nouveaux produits de synthèse (NPS) avec l'expérimentation de cannabinoïdes de synthèse comme les cathinones (1,3% des adultes et 4% des jeunes de 17 ans).

De manière générale, l'éventail des drogues est aujourd'hui plus diversifié et les pratiques marquées par la poly-consommation. De la même manière, le profil des usagers donne à voir une plus grande variété, des usagers socialement insérés aux usagers précarisés. L'ensemble de ces évolutions montrent que les conduites addictives s'inscrivent pleinement dans un contexte mondialisé avec des évolutions constantes.

Rappelons également que l'addiction ne doit pas être confondue ni avec la simple consommation de substances psychoactives ni avec un comportement compulsif, il ne s'agit d'un comportement de consommation pathologique qui ne concerne qu'une minorité des usagers. Parmi les usagers, il y a des usages sans problématique, il y a les usages problématiques que l'on voit au sein des structures de soins, il y a des usages problématiques que l'on ne voit pas en consultation ... ces derniers peuvent renvoyer à la notion de Self-change ou changement sans traitement et recouvre des situations dans lesquelles des personnes engagées dans des conduites addictives vont en reprendre le contrôle en puisant dans leur propre capacité et expérience de vie.

Cf. Interview Mario Blaise : https://www.youtube.com/watch?v=J8pfYd35Mg&t=292s
--

2. Présentation des conduites addictives avec ou sans produit

Cf. Annexe : « Présentation des conduites addictives avec ou sans produit »

(Il est toutefois important de noter que l'appartenance de l'anorexie et de la boulimie aux addictions ne fait pas consensus. En effet, les mécanismes de l'anorexie relèveraient davantage d'un trouble du contrôle des impulsions (allant dans le sens d'un excès de contrôle de ces impulsions) que d'une conduite addictive à proprement parler. Pour ces raisons, les troubles alimentaires ne seront pas traités dans le présent chapitre.)

Vous pouvez également vous référer aux sites internet suivants :

- OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) : <https://www.ofdt.fr/>
- Drogues-info-service : <https://www.drogues-info-service.fr/>
- DOCTISSIMO : <https://videos.doctissimo.fr/sante/addictions>
- MAAD DIGITAL: <http://www.maad-digital.fr/>

3. Classifications des psychotropes

Le nombre important de substances psychoactives a amené à des façons multiples de les classer. Cependant, la classification la plus utilisée est celle de deux neuropsychiatres français, Jean Delay et Pierre Deniker (1957). Elle répertorie les médicaments psychotropes, les stupéfiants et toutes les autres substances psychoactives en trois catégories en fonction du type d'effet principal qu'ils provoquent sur le psychisme et le cerveau : les dépresseurs ou psycholeptiques (dépriment l'activité psychique), les stimulants ou psychoanaleptiques (stimulent l'activité psychique) et les perturbateurs ou psychodysleptiques (perturbent le psychisme). Bien qu'elle reste encore aujourd'hui la plus pertinente, cette classification pharmaco-clinique ne permet pas de rendre compte de l'intensité et la forme exacte de l'effet qu'une consommation peut produire sur une personne dans un contexte donné.

Tableau : Classification pharmaco-clinique des psychotropes

Dépresseurs	Stimulants	Perturbateurs
<ul style="list-style-type: none"> • Tranquillisants (benzodiazépines, barbituriques, etc.) • Anesthésiants (GHB, Kétamine, etc.) • Alcool • Opiacés (opium, morphine, codéine, héroïne, méthadone, etc.) • Solvants volatils (éther...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs • Amphétamines (speed, ecstasy, MDA, ritaline, etc.) • Méthamphétamines • Nicotine • Cocaïne (crack) • Caféine • Théine • Poppers • Khat 	<ul style="list-style-type: none"> • Cannabis (herbe, haschich, huile) • Hallucinogène (LSD, acide, champignons, datura, etc.) • Artane

Une autre classification intéressante à considérer est celle qui dépend du statut légal du produit selon des lois et réglementations du pays concerné. Il existe trois catégories (Valleur & Matysiak, 2008) :

- Les drogues tolérées, dites « légales », comme le tabac, le café, le thé et l'alcool. Le marché de ces produits « commerciaux » est plus ou moins libre selon les pays et fait l'objet de mesures de restriction (réglementation de la publicité, vente aux mineurs...);
- Les drogues prescrites qui correspondent aux médicaments psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs, certains stupéfiants, etc.) dont la distribution est très réglementée (délivrées sur ordonnance et soumises à des contrôles selon leur dangerosité). Les stupéfiants appartiennent également à cette catégorie, ils représentent toutes substances inscrites sur la liste des stupéfiants et font l'objet de contrôles stricts. Les stupéfiants sont classés en 4 listes, dont les trois premières correspondent aux médicaments psychotropes selon leur dangerosité toxicomanogène et la quatrième, celle des « vraies drogues » c'est-à-dire les substances ne comportant pas d'intérêt thérapeutique reconnu en France (héroïne, cannabis, etc.).

- Les substances interdites.

Concernant les addictions sans substances, les jeux de hasard et d'argent ont fait l'objet d'une loi, la loi N° 2010-476 du 12 mai 2010 « *relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne* » qui réglemente et circonscrit la pratique. Cette loi a créé une augmentation de l'offre de jeux avec notamment l'ouverture des sites de paris en ligne. En parallèle, cette loi prévoit entre autres une interdiction de jouer pour les mineurs, ainsi que des mesures de prévention destinées à lutter contre le jeu excessif et pathologique.

IV - COMPRENDRE les conduites addictives ?

Il est difficile de savoir pourquoi une personne adopte une conduite addictive, d'autant que les raisons qui poussent à expérimenter un comportement addictogène ou un psychotrope ne sont pas les mêmes que celles qui amènent à renouveler cette conduite, voire à en devenir dépendant. Tout usage commence par le plaisir. Quand une personne adopte une conduite addictive, elle s'attend à ressentir des sensations plaisantes ou à soulager des tensions et des souffrances personnelles (émotionnelles ou relationnelles) sans oublier que toutes conduites addictives renforcent également un sentiment d'appartenance à un groupe social. Pour la majorité, ces expérimentations ne sont qu'une phase de la vie (souvent l'adolescence, période d'initiation) ou qu'occasionnelles et restent des expériences isolées sans dommage et sans qu'une quelconque dépendance ne s'installe. En effet, de nombreux usagers de drogues licites ou illicites ne sont pas dépendants et la consommation ou le comportement fait partie de leur vie. Pour d'autres, les risques encourus vont progressivement amener à une addiction ayant des conséquences de gravité variables au quotidien et pour l'avenir.

Certains auteurs ont décrit ce processus addictif en trois étapes schématiques caractérisées par des modifications progressives du comportement de consommation (Piazza & Deroche-Gamonet, 2013) :

- La première étape est une phase non pathologique où l'individu fait un usage récréatif de la drogue (comportement existant dans une large proportion de la population humaine).
- La seconde étape est marquée par un usage qui s'intensifie et devient soutenu avec l'apparition de dommages liés à l'usage mais insuffisamment important pour susciter l'abstinence. Le comportement d'usage reste organisé et la personne est généralement bien intégré dans la société.
- La troisième et dernière étape de ce processus amène à l'état pathologique le plus grave. L'individu perd largement le contrôle de sa consommation de drogue et devient dépendant (ou présentant pleinement une addiction sévère selon le DSM V). Lors de cette phase, la prise de produit devient l'activité principale de l'individu, la dégradation de sa vie sociale devient alors inévitable et les rechutes, même après une période d'abstinence prolongée, deviennent malheureusement la règle.

Qu'est ce qui fait que l'on passe d'un usage récréatif à un usage problématique ? Sommes-nous tous égaux face au risque d'addiction ? Comment comprendre l'addiction ?

Nous présentons ci-dessous certains modèles qui ont tenté d'identifier les facteurs participant au risque de développer une addiction, de décrire les mécanismes neurobiologiques et psychosociaux de l'addiction et de conceptualiser une compréhension de ce concept selon différentes théories.

1. Les facteurs de risque et de protection

a) Les facteurs psychosociaux de l'addiction

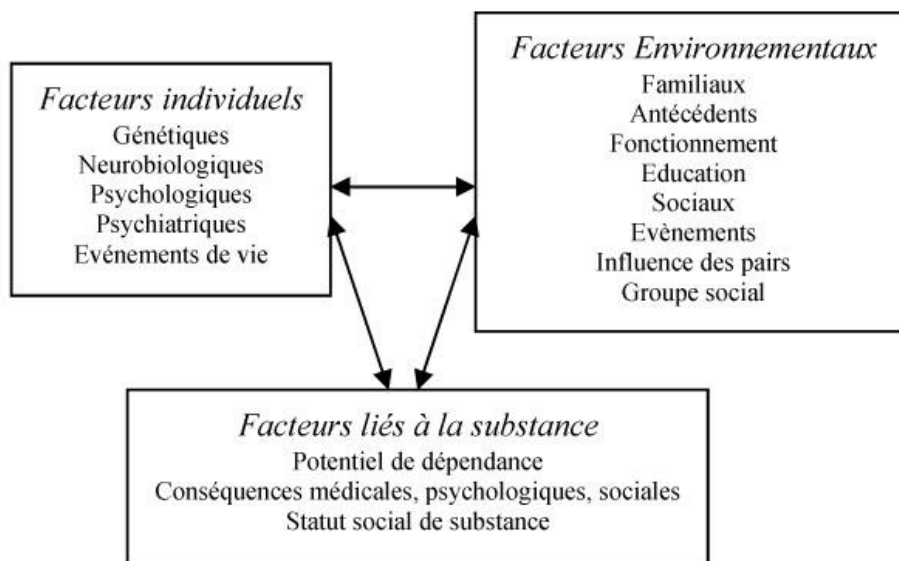
Face au risque d'addiction, certaines personnes seraient plus vulnérables que d'autres. Les facteurs intervenant dans la genèse de l'addiction sont multiples, complexes, étroitement intriqués, cumulatifs et interactifs. Ces facteurs psychosociaux en lien avec l'addiction peuvent représenter des facteurs de risque, c'est-à-dire qui accroissent le risque de développer une addiction, ou des facteurs de protection, qui représentent des influences positives qui réduisent les impacts des facteurs de risque.

Les facteurs psychosociaux en lien avec l'addiction sont essentiellement de trois ordres :

- Les facteurs propres aux substances psychoactives (effet psychoactif et ses caractéristiques variant avec les substances, pouvoir addictogène et nocivité immédiate et différée), et/ou à l'expérience addictive (jeu excessif ou pathologique, anorexie, boulimie, etc.) ;
- Les facteurs environnementaux : facteurs historiques, culturels et sociétaux, facteurs socio-économiques et professionnels, précarité, législation et réglementation, disponibilité et accessibilité des produits, etc. ;
- Les facteurs individuels de la vulnérabilité/protection d'ordre biologique (constitutionnel et génétique), psychologique (antécédents familiaux et personnels, organisation de la personnalité et psychopathologie, difficultés actuelles) et socio-économique (stress professionnel, précarité réelle ou ressentie, etc.).

Ainsi, l'accumulation et l'interaction de ces différents facteurs constituent une disposition face au risque de développer une problématique addictive. Ceci n'est pas sans rappeler la célèbre formule d'Olivenstein, selon laquelle « *la toxicomanie est la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'une circonstance ou d'un moment culturel* ». Ainsi, cette balance facteurs de risque/protection offrent des repères pour aider à comprendre les usages, leur évolution et leurs conséquences sans pour autant que la complexité des situations addictives ne puisse y être réduite.

Schéma : Interactions des trois catégories de facteurs psychosociaux de l'addiction (Rozaire et al., 2009)



b) Les facteurs aggravants

❖ **Précocité d'usage**

La question de l'entrée dans les consommations demeure un enjeu central de santé publique étant donné l'influence de sa précocité sur le devenir des consommations problématiques. L'adolescence est la principale période d'initiation aux produits psychoactifs même si leur dimension pathologique n'arrive que plus tard (Rozaire et al., 2009) : les premiers usages interviennent dès le collège et tendent à s'installer et à se diversifier au fil des années, avec des risques accrus liés notamment au développement cérébral (maturation jusqu'à 25 ans) (Beck, 2016a).

L'alcool par son caractère culturel représente souvent le premier produit consommé et la première ivresse est évaluée à 15,1 ans. Le tabac est expérimenté en moyenne à 13,5 ans et sa consommation se chronicise un an après (14,7 ans, en moyenne). Les premières prises de cannabis se situent en moyenne vers 15,1 ans. Les autres produits illicites sont potentiellement expérimentés vers 16 ans. A 17 ans, sur dix jeunes, neuf ont déjà bu de l'alcool, six ont essayé la cigarette et quatre ont expérimenté le cannabis. A cet âge seule une minorité de jeunes n'a pris aucune de ces trois substances (12%) ce qui traduit la forte accessibilité des substances psychoactives (licites ou illicites). (OFDT, 2019). Mis à part le tabac et les médicaments psychotropes, les garçons consomment généralement plus tôt que les filles.

Nombre d'études montre que la précocité d'usage et sa régularité expose au risque :

- De développer une dépendance à l'âge adulte (7 fois plus de risque) (Von Sydow, Lieb, Pfister, Hoffler & Wittchen, 2002 ; Patton Coffey, Lynskey, Reid, Hemphill, Carlin & Hall, 2007) ;
- D'altérer les circuits neuronaux et provoquer des distorsions de l'individu dans son rapport à soi et au monde (surtout avant 15 ans) (Ehrenreich, Rinn, Kunnert, Moeller, Poser, Schilling, Gigerenzer & Hoche, 1999) ;

- De plus, les effets de l'addiction participent à l'émergence de nombreux troubles psychiatriques (trouble anxieux, dépressifs, psychotiques, psychosomatiques). Il est ainsi difficile de faire la distinction entre les troubles psychiatriques primaires favorisant l'addiction et les troubles secondaires.

❖ Comorbidité

Troubles psychiatriques

La notion de comorbidité est souvent utilisée pour rendre compte de la coexistence de trouble addictif et de pathologie mentale ou souffrance psychique (Valleur et Matysiak, 2008), qui finalement représente plus la règle dans les addictions. Les études montrent que les conduites addictives s'accompagnent plus fréquemment de troubles psychiatriques que ce qui s'observe dans la population générale et que les sujets présentant des troubles mentaux montrent une plus forte appétence pour les drogues (Farges, 2000). De nombreuses études ont mis en évidence des bases neurobiologiques et génétiques communes. Il est cependant important de bien distinguer la conduite addictive primaire de la conduite addictive secondaire au trouble mental. La présence de troubles psychiatriques associés à la conduite de dépendance est un facteur de gravité supplémentaire de la conduite addictive (majoration du risque suicidaire chez un alcoolique, par exemple).

Cf. Annexe Tableaux : « Troubles associés aux addictions avec substance » et « Troubles associés aux addictions sans substance ».

Psychotraumatisme

La clinique du psychotraumatisme nous apprend que le trouble le plus fréquemment associé au Trouble stress post traumatique (TSPT) après la dépression est l'addiction. Or, l'addiction est un facteur prédictif négatif pour le TSPT et inversement.

Nombreuses études soulignent cette concomitance du TSPT et de l'addiction. On estime à 40% la proportion de patient souffrant d'un TSPT ayant également des difficultés avec l'alcool et 30% avec d'autres substances psychoactives (hors tabac). Selon les populations étudiées, certains auteurs estiment que cette comorbidité peut varier de 20 à 75% (Jacobsen, Southwick et Kosten, 2001). Des études montrent une probabilité de survenue d'un comportement addictif était multipliée par 4 chez ceux ayant un antécédent de TSPT (McGovenn et al., 2009). Par ailleurs, en addictologie, selon Gielen, Havermans, Tekelenburg et Jansen (2012), la quasi-totalité (97,4%) des patients consultant pour une addiction aurait vécu des événements de vie négatifs, antérieurs à l'addiction, (induisant dépression, phobie, anxiété sociale ou troubles de la personnalité), avec notamment 36,6% de sujets présentant l'ensemble des critères d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) du DSM-IV.

Les deux principaux courants théoriques tentant de rendre compte des mécanismes interactifs entre psychotraumatisme et troubles addictifs sont les théories psychodynamiques et neurobiologiques. Le TSPT induit une tension interne permanente de stress, la consommation

de produits représenterait une « solution chimique souvent efficace dans un premier temps, considérée comme une stratégie de coping permettant efficace à court terme de contrôler, d'éviter, de refouler les symptômes psychotraumatiques en provoquant une anesthésie psychique et physique (émotions négatives, intrusions, reviviscence, cauchemars, angoisses, etc.) (Briere, 1989 ; Sigward 2011). A long terme, la consommation répétée du ou des produits psychoactifs ne permettra plus assez de réduire les manifestations psychotraumatiques et induira une souffrance supplémentaire, celle de l'addiction. Celle-ci conduit à des vécus de manque et de *craving* douloureux et insupportables pour la personne rendant plus difficile l'intégration de son histoire traumatique.

D'autres auteurs soulignent également le rôle des addictions dans l'économie psychique du sujet (Voir l'article de Sinanian, A., Pommier F., Pirlot G. *et al.*, 2014). L'addiction représenterait un moyen de répéter le traumatisme à travers une expérience sensorielle violente dans le but de transformer une expérience terrifiante en une situation routinière, surmontable voire même prévisible (Ferenczi, 2008 ; Valleur, 2011). La consommation permet de faire face à la violence des symptômes en les anesthésiant créant ainsi un besoin impérieux du produit. Cette répétition masochiste cherche à lier les excitations de manière active pour une réintrication pulsionnelle.

La littérature rend compte de ce double mouvement possible de l'addiction, tentant d'assurer à la fois, par la déliaison, une *protection* face aux affects traumatiques et recherchant aussi, par la répétition d'une expérience en elle-même *traumatique*, une liaison des excitations vécues en excès.

Définition du psychotraumatisme - critères du TSPT (DSM V) :

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans, pendant plus d'un mois :

- Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles, comme victime, témoin ou vécu par des proches ;
 - Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion associés à un ou plusieurs événements traumatisants : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, rêves récurrents liés à l'événement et provoquant un sentiment de détresse ; réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait ; sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices évoquant un aspect de l'événement traumatisant ; réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à ces mêmes indices.
 - Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique : évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ; évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs ou pensées relatifs à l'événement traumatisant et qui provoquent un sentiment de détresse.
 - Altérations des cognitions et de l'humeur après la survenue de l'événement traumatique : incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatique (amnésie dissociative) ; idées déformées et croyances négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou de monde ; état émotionnel négatif persistant ; sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ; incapacité de ressentir des émotions positives.
 - Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité : irritabilité et accès de colère ; comportements irrationnels ou autodestructeurs ; hypervigilance ; réaction de sursaut exagéré ; problèmes de concentration ; trouble du sommeil.
- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.
- Symptômes dissociatifs : dépersonnalisation : expérience récurrente de se sentir détaché de soi comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps ; déréalisation : sentiment récurrent que l'environnement n'est pas réel.

2. Les processus neurobiologiques et psychosociaux

Comment la recherche de plaisir se transforme en besoin ?

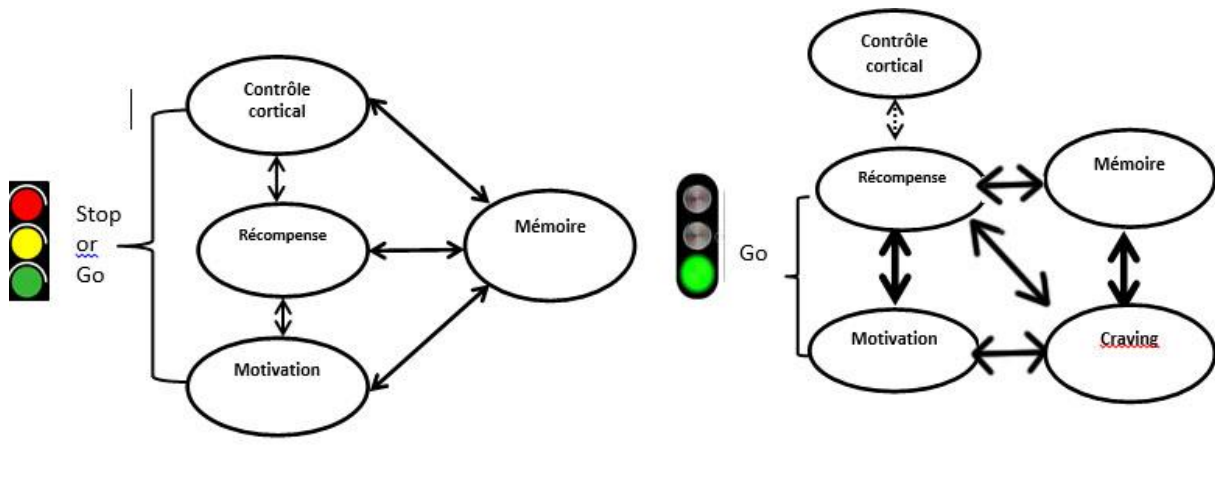
a) L'approche neurobiologique

L'apport des connaissances neurobiologiques dans la compréhension des conduites addictives est essentiel et ne peut être ignoré. Comme le rappelle Reynaud « *la revue Science, la plus prestigieuse des revues scientifiques, titrait déjà en 1997 "Addiction is brain disease" : en d'autres termes, l'addiction est une maladie du cerveau. Position un peu extrême, voire provocatrice pour qui connaît la complexité des interactions entre le produit, le sujet et l'environnement.* » (Reynaud, 2016 p. 242).

Les drogues agissent sur le système nerveux central en amplifiant ou en entravant l'action des neurotransmetteurs. Les drogues vont agir en s'immisçant dans la « mécanique » biochimique du cerveau, telles des leurres du fait de leur parenté chimique avec les « drogues endogènes » que constituent les neuromédiateurs (Morel, 2015). Ainsi, la consommation répétée entraîne des modifications cérébrales fonctionnelles et structurelles de plusieurs neurocircuits, dont ceux de la récompense en lien avec ceux impliqués dans la gestion des émotions, de l'humeur, de la motivation et des apprentissages (comportements automatiques non liés à un effet recherché) pouvant affecter les habitudes comportementales et les capacités d'adaptation (Reynaud, 2016).

Petit à petit et notamment en cas d'addiction, ces modifications changent les propriétés motivationnelles des produits : s'ils ont été pris initialement par plaisir, ils le sont ensuite essentiellement par besoin, avec d'importantes routines comportementales liées à des conditionnements, des automatisations et une perte de flexibilité cognitive (déconnexion au moins partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal responsable du contrôle intellectuel « raisonnable »).

Schéma : Fonctionnement d'un cerveau non-addict (à gauche) et addict (à droite) (Cf. AddictAIDE Le village des addiction)



En effet, quels que soient leurs effets, les drogues ont toutes en commun la propriété d'augmenter dans le cerveau la libération de dopamine (INPES, 2007). La dopamine active chez l'homme un circuit appelé le « circuit de récompense » ou « système hédonique ». Il s'agit d'un ensemble de structures cérébrales qui, comme un baromètre, indiquent à chaque instant dans quel état physique et psychique l'individu se trouve. Lorsque la quantité de dopamine augmente dans ces structures, quelle qu'en soit la raison, celui-ci ressent du plaisir et considère que tout va bien, même si par ailleurs son corps souffre ou qu'il est déprimé. Ainsi, les substances psychoactives, par leur action biochimique, modifient la conscience qu'un individu a de son environnement et de lui-même. La prise répétée de drogues modifie à long terme la façon dont notre cerveau perçoit l'origine de ses satisfactions et perturbe notre recherche de plaisir, entraînant ainsi chez certaines personnes des phénomènes de dépendance. Les conduites addictives provoquent un phénomène de sensibilisation, c'est-à-dire la mémorisation de l'expérience de consommation et un état de besoin croissant avec une envie irrépressible (*craving*). Ce phénomène est proche de ce que l'on appelle « dépendance psychique » et est très sensible aux facteurs de stress et au contexte psychosocial.

Les effets biochimiques des drogues sur le cerveau créent un déséquilibre brutal et provoquent en contrepartie des contre-effets ou effets indésirables liés aux réactions organiques défensives ou correctrices, destinées à rétablir l'homéostasie. Ainsi, après une phase de « satisfaction », il existe une phase de « récupération » qui vise le retour à un état « non perturbé » (Terrien, 2006). En effet, une fois son acmé, l'effet du produit redescend et le sujet doit faire face à une période

de restauration qui peut comporter, au fil du temps et de la répétition des consommations, des sensations de plus en plus pénibles de différentes sortes. Ce sont ces contre-effets qui sont à l'origine des symptômes de sevrage. L'expérience psychocorporelle associe toujours effets et contre-effets, plaisir et déplaisir, mieux-être et souffrance dans certains cas (Morel, 2015).

Par ailleurs, ce modèle neurobiologique de l'addiction communément accepté pour les addictions aux produits (Di Chiara & Imperato, 1988 ; Pierce & Kumaresan, 2006 ; Wise, 1996 ; Volkow et al., 2002) ; l'est désormais également validé pour les comportements sexuels et amoureux (Kelley & Berridge, 2002 ; Becker, Rudick, Jenkins, 2001) et pour le jeu pathologique (Potenza, 2008).

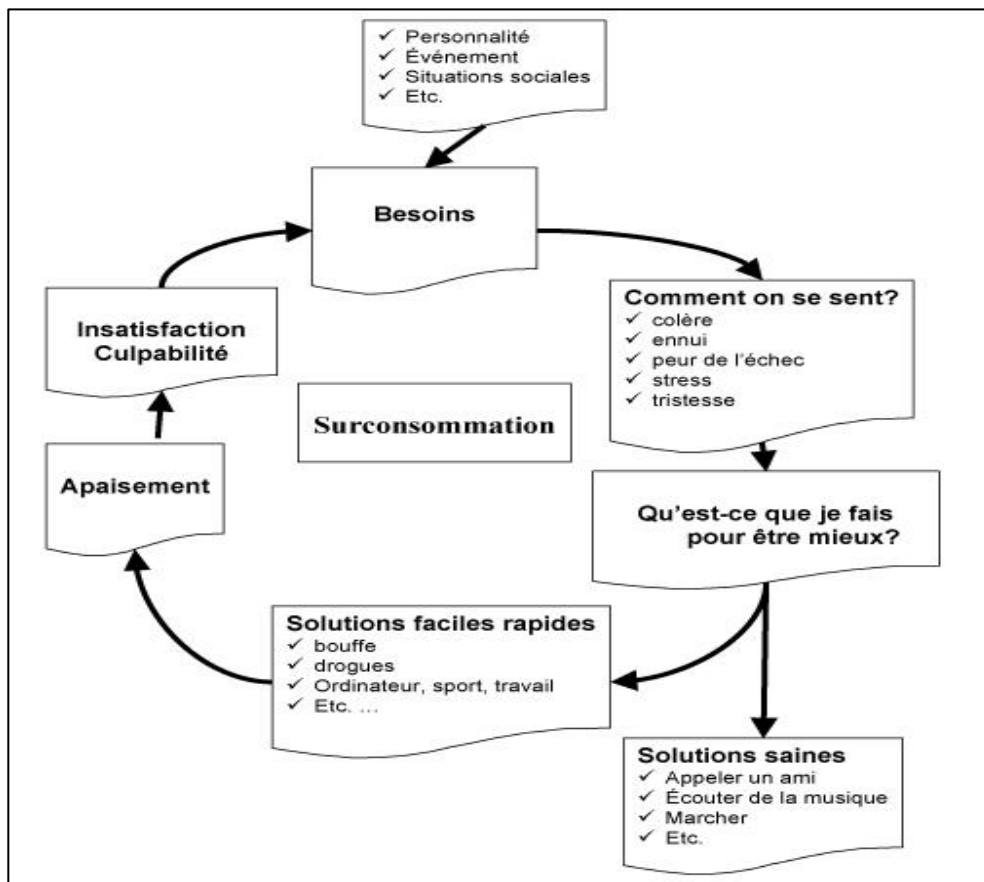
b) L'approche psychosociale

L'approche psychosociale considère l'addiction comme une stratégie de *coping* (d'ajustement) utilisée par le sujet pour faire face aux difficultés de la vie. Celle-ci représente en effet une « solution » immédiate pour modifier sur commande son vécu du rapport à l'autre et au monde. La conduite addictive n'est pas forcément synonyme de souffrance et de maladie, elle représente surtout une quête de plaisir ou simplement d'un apaisement de tensions et l'adaptation à son environnement. L'addiction apparaît comme une satisfaction substitutive à un sentiment d'incompétence personnelle et sociale, et possède ainsi un pouvoir renforçateur. Elle va à la fois annuler le sentiment de défaillance et majorer ses sources. Elle concerne des personnes ne présentant pas nécessairement une pathologie avérée mais qui présentent des difficultés à faire face au stress du quotidien, vivant une période critique (adolescence, stress, isolement, décès) ou des situations déprivatives (conflits, pauvreté), et ayant un faible soutien social. L'approche psychosociale se situe ainsi dans une visée de dépathologiser et déstigmatiser des personnes addicts (Lascaux & Morel, 2015). L'usager est assujéti non au seul produit ou au comportement addictif, mais à l'expérience qu'il en vit, et c'est la répétition de cette expérience qui définit l'addiction (Peele, 1982). Cette centration « *rend compte d'une focalisation de l'existence de l'usager non seulement sur le produit, ses effets et ses rites d'utilisation, mais également sur toute l'expérience qui accompagne cette consommation, tout l'univers subjectif qu'elle crée : un rapport au monde transformé qui affecte la relation au corps, la relation au temps et à l'espace et le rapport à autrui* » (Morel, 2007, page). Quand cette expérience psychotrope se répète au long court et s'inscrit dans des habitudes et rituels, elle tend à une nouvelle fonction pour le sujet aboutissant progressivement à l'addiction.

Il paraît donc essentiel d'interroger la consommation de substances et l'addiction à travers l'expérience psychotrope propre à la personne, c'est-à-dire au plus près de ce que vit le sujet. « *Cette expérience est globale en ce qu'elle produit un « vécu » à la fois psychocorporel et psycho-social, s'inscrivant de façon concomitante dans le substrat biologique et dans la relation au monde extérieur* » (...) « *cette expérience entre en relation avec ses attentes, ses motivations, ses représentations directement influencées par son milieu social et ses attaches culturelles, par ses propres modes de pensées et par sa propre histoire psycho-affective* » (Morel, 2015 p.57). En effet, une même drogue n'induit pas, selon l'usager, le même type d'expérience, mode d'usage, moment dans sa trajectoire, état d'esprit, contexte, etc.

Dans cette perspective biopsychosociale, Stanton Peel (1982) propose un modèle psychosocial de compréhension de processus de l'addiction sous la forme d'« un cycle de l'assuétude ».

Schéma : Cycle de l'assuétude de l'expérience addictive (Peel, 1982)



D'après Peel (1982), le sujet entre dans un cycle : plus les drogues l'aident à ressentir un sentiment d'estime de soi, même illusoire, moins il a recours à ses compétences psychosociales qui, par conséquent, s'affaiblissent. Les difficultés paraissent de plus en plus insurmontables, le stress, les sentiments d'incapacité et la culpabilité augmentent. Peu à peu, la personne perd sa capacité à trouver d'autres « solutions » que celle du produit. La consommation va alors prendre de plus en plus de place, structurer la vie de la personne, représenter un rituel rassurant et s'inscrire dans un style de vie. De manière sous-jacente, on trouve une souffrance psychique, souvent déniée, évitée, fuie ou compensée. Pour Peel (1982), l'individu n'est pas dépendant d'un produit mais d'une expérience, qui n'a pas nécessairement besoin d'être agréable. Les éléments essentiels de son modèle psychosocial de l'addiction sont : la répétition compulsive, la persistance du comportement malgré les conséquences néfastes et le caractère obsessionnel de cette activité. Cette notion de cycle qui induit un comportement en boucle n'est pas irréversible, chaque élément représente des leviers ou des ouvertures possibles pour en sortir.

3. Les modèles des différentes approches psychothérapeutiques

L'étude des conduites addictives ne peut se réduire aux effets des drogues liés aux phénomènes neurobiologiques ou des apprentissages comportementaux contextualisés. Il semble intéressant d'enrichir la compréhension de la problématique addictive avec les apports des modèles psychologiques qui proposent des conceptualisations étiologique et fonctionnelle du processus de l'addiction et des conséquences qui lui sont liées (Fernandez & Sztulman, 1998).

a) Approche psychanalytique

Avant les nombreuses évolutions et adaptations de la psychanalyse qui ont permis l'extension de son champ d'application, peu d'écrits psychanalytiques concernent directement la toxicomanie et même l'alcoolisme jusqu'aux années 70-80 (Pirlot, 2010, 2013).

Freud, bien que lui-même dépendant du tabac et de la cocaïne, théorisa peu sur les conduites addictives. Cependant nombre de ses concepts aident à l'éclairage du fonctionnement de la personne « addict » et des fonctions inconscientes de la conduite addictive (Freud, 1897) : l'autoérotisme, la fixation au stade oral du développement psychosexuel, l'autopunition (notamment pour les addictions sans drogues), la compulsion de répétition (Magoudi & Ferbos, 1986). Ferenczi (1911) propose de considérer la consommation de psychotrope comme un « contrepoison » et un « poison », c'est-à-dire qu'elle viserait, dans une économie psychique et physique, à anesthésier une souffrance antérieure profonde pour garantir la survie de l'individu. Dans cette même perspectives, certains auteurs expliquent que des interactions précoces dysfonctionnelles avec la personne faisant fonction maternelle n'apportent pas un ancrage affectif sûr et stable suffisant pour qu'un individu puisse se constituer un socle narcissique solide (les assises narcissiques sont le capital de sécurité et de confiance d'une personne). Ainsi, *« Les relations avec l'autre seront toujours empreintes d'une recherche de complétude et les vicissitudes des rapports humains seront vécues sur un mode d'abandon (relations dites anaclitiques) conduisant à des perturbations sévères de ce que Winnicott qualifiait de « sentiment continu d'exister ».* C'est dans cette mesure que la solution addictive peut être resituée comme une tentative paradoxale de survie psychique, un compromis acrobatique entre revendication d'autonomie et nécessité de l'esclavage de la dépendance, au prix d'un déni du vécu de celle-ci. On peut parler d'auto-traitement de substitution d'une dépendance inélaborable à l'entourage proche » (Rozaire et al., 2009 p.41).

D'autres conceptualisations psychanalytiques se sont attachées à définir – sans succès – une structure psychique du toxicomane, telle une perversion ou un état limite (Glover, 1932 ; Rosenfeld, 1960). Finalement, la majorité des auteurs s'accorde plutôt sur l'existence d'une vulnérabilité psychologique prédisposant à l'adoption d'une conduite addictive qui n'implique aucune structure sous-jacente particulière (psychose, névrose et état limite peuvent être liés à une addiction). On retiendra toutefois un rapprochement récurrent dans l'organisation économique du patient (défensive) avec la description des personnalités limites (organisation de la personnalité et non la structure psychique). Bergeret (1981) propose également des dimensions communes qui influent plus ou moins sur le fonctionnement de chacune des structures psychiques (Fillit & Couteron, 2015) :

- Une angoisse consécutive aux difficultés identificatoires ;
- Une précarité de l'anaclitisme relationnel (conscience du besoin de l'autre dont on dépendant) ;
- Une pauvreté de l'imaginaire et une prédilection pour les manifestations agies au détriment des élaborations mentales.

Le regain d'intérêt dans les années 80 pour cette clinique en expansion nous amène à présenter la conceptualisation de quelques psychanalystes plus contemporains.

Olievenstein, en 1982, évoque le stade du miroir brisé : « pour le futur toxicomane quelque chose d'intermédiaire entre un stade du miroir réussi et un stade du miroir impossible s'est produit » (page ?) (stade du miroir développé par Lacan 1936 : le miroir sert de base à l'identification et au narcissisme). Au moment où devrait se constituer un Moi différent de la mère, tout se passe comme si, à cet instant, le miroir se brisait, renvoyant à la fois à une image brisée et une incomplétude.

McDougall (1982, 2004) décrit la « solution addictive » comme une réponse à une souffrance psychique passée qui prend son origine dans les interactions précoces de l'entité psychique mère-nourrisson qui affecte le développement des phénomènes transitionnels. Elle montre que le défaut de représentation internalisée d'une instance maternelle rassurante et calmante, entraîne le besoin de l'objet addictif, jouant le rôle de l'objet interne sécurisant. La drogue va restituer au sujet sa toute-puissance narcissique originelle, d'où une sensation d'invulnérabilité. Elle fait le lien avec le concept d'alexithymie.

Bergeret (1991) affirme que la clinique des conduites addictives nous ramène toujours à des carences narcissiques sérieuses et précoces, entraînant des vécus dépressifs contre lesquels il s'agit de lutter à la fois par le comportement et par le corps.

Gutton (1984) propose l'idée que faute de ne savoir introjecter au plan psychique et fantasmatique, un toxicomane ou alcoolique se rabattrait sur l'incorporation archaïque d'objets réels. L'acte addictif représente une réduction du désir au besoin.

Pour **Jeammet** (1994), la dépendance est une difficulté, voire un échec, du processus de séparation-individuation qui apparaît à l'adolescence. Il s'agirait, avant d'être une dépendance à un produit ou à un comportement, d'une dépendance relationnelle impossible à élaborer. Le recours à l'agir se substituerait à l'élaboration psychique et apaiserait les tensions internes, lié à un échec d'origine traumatique des intériorisations précoces.

Selon **Valleur** (1992), la conduite addictive pourrait s'entendre comme une conduite ordalique, c'est-à-dire « *le fait pour un sujet, de s'engager de façon plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel* » (Valleur & Matysiak, 2008 p.289), sans qu'il soit prévisible. Cette conduite ordalique est donc toujours à deux faces : abandon ou soumission au verdict du destin, à l'Autre, mais aussi tentative de maîtrise, de reprise du contrôle sur sa vie.

Nasio dira que ce que recherche intimement, profondément, inconsciemment, le toxicomane « *c'est de vivre l'état de manque, d'éprouver cette tension paroxystique préliminaire à l'acte* » (cité dans Léger, Orcel & Carpentier, 2009, page). Le lien exclusif et pathogène à l'objet de l'addiction, investit comme un objet idéal, instaure un « écran » entre la personne et le monde

extérieur afin de se protéger d'angoisses anciennes et diffuses vécues comme insurmontables et souvent en rapport avec les éléments historiques infantiles (Léger, Orcel & Carpentier, 2009). Il ajoutera une autre origine de la prise de substances dans les troubles sexuels profonds (absence de désir chez l'homme et troubles des relations sexuelles chez les femmes).

b) Approche systémique

L'intérêt d'une approche systémique des problématiques addictives est souligné depuis une trentaine d'années pour deux principales raisons. La première est le principe d'équifinalité (différentes causes pour un même effet ou des causes semblables pour des effets différents) qui oriente vers la complexité plurifactorielle du processus en jeu, plutôt qu'aux causalités linéaires (le comment plutôt que le pourquoi) (Cassen, 2008). La seconde est l'initiation le plus souvent socio-environnementale du processus addictif (un contexte spécifique) : « *Les consommations d'alcool et de tabac apparaissent essentiellement influencées par les pratiques socio-familiales, celles du cannabis par les pairs, et les usages de drogues illicites surtout par des facteurs familiaux* » (Cassen, 2008, page).

La littérature rend compte de différents mouvements de conceptualisation systémique quant à la problématique addictive : la recherche de déterminants et d'une typologie familiale, les théorisations sur la fonction de l'addiction dans la famille, et les propositions sur l'étiopathogénèse de la problématique addictive.

Déterminants et typologie familiale

La littérature rend compte d'un certain nombre de déterminants exposant des familles aux risques addictifs pour leurs enfants : la présence d'usagers dans la famille ou d'autres addictions comme internet/jeux d'hasard et d'argent, l'existence de fortes relations externes, l'expression directe et « primaire » des conflits, la construction de liens soudés voire « collés » avec une relation mère/enfant souvent symbiotique et un père absent ou violent, l'existence de décès précoces/inattendus/nombreux, un processus en cours d'acculturation (Cassen & Delile, 2007). Outre ces facteurs, Stanton et Todd (1978, 1982) repèrent également l'extrême fréquence des interactions du jeune addict avec ses parents, souvent conflictuelles, et les longues cohabitations généralement difficiles. Ces familles paraissent à la fois en crise permanente, toujours au bord de la rupture, et en même temps inséparables. Ces différents éléments soulèvent le problème de la dépendance affective, et par la même l'entrave au processus d'individuation du jeune.

Certains auteurs ont identifié des critères typologiques pour décrire ces pathologies addictives comme des phénomènes émergeant du contexte et de l'organisation familiale malgré des résultats parfois contradictoires de la recherche (Cassen & Delile, 2007). Des modèles systémiques montrent qu'un faible degré de différenciation de soi (capacité d'un individu à se séparer qui influe sur ses comportements émotionnels et relationnels) suscite des difficultés d'adaptation aux situations anxiogènes ce qui serait caractéristique du développement de conduites addictives et que ceci serait aggravé par un degré d'indifférenciation au cours des générations (Kerr & Bowen, 1988). D'autres ont proposé quatre caractéristiques transactionnelles typiques de ces familles addicts qui entraveraient les processus d'individuation et de différenciations interpersonnelles : l'enchevêtrement, la surprotection,

l'absence de résolution des conflits, la rigidité/faible capacité d'adaptation (Minuchin & Fischman, 1981). D'autres encore soutiennent des approches dimensionnelles et relèvent l'existence de patterns d'interactions dysfonctionnels communs tels que (Doba & Nandrino, 2010) : une distance émotionnelle dans les échanges familiaux, une perturbation de la régulation de la distance interpersonnelle, une pauvreté de soins parentaux (rejet, contrôle), un niveau de conflits familiaux intenses et irrésolus.

Fonction de l'addiction

L'addiction peut être vue comme le symptôme de dysfonctionnements relationnels intrafamiliaux mais qui, par la même, permettrait de sauvegarder l'homéostasie de famille (Angel & Angel, 2003). Selon Stanton et Todd (et al., 1982), ces familles « addictives » seraient dominées par une angoisse majeure de séparation alimentant des mécanismes de co-dépendance : « *Nous accepterons de souffrir presque tout plutôt que de te voir nous quitter* » (Cassen, 2008, page). L'addiction chez le jeune entrave son processus de séparation/individuation et le protège, lui et sa famille, de cette angoisse fondamentale de séparation. La fonction du symptôme est de fournir une solution paradoxale pour maintenir la famille grâce à une pseudo-individuation addictive (Stanton, Todd et al., 1982). L'expérience addictive maintient l'individu dans son rôle assigné d'addict, en lui donnant l'illusion de résoudre des besoins contradictoires de se sentir autonome tout en étant en symbiose, d'être à distance tout en étant physiquement présent, de partir tout en restant loyal (Cassen & Delile, 2007).

D'autres auteurs notent que des éléments transgénérationnels peuvent aggraver le processus de séparation comme les pathologies du deuil (décès brutal, suicide... non élaborés) ou de séparation (séparation inachevée des parents avec leurs propres parents). L'addiction peut, dans ces situations, être considérée comme une pratique incorporative addictive chez tel ou tel représentant des générations suivantes. Le jeune addict représente pour la famille une perte qui fait écho à d'autres pertes : « *la perte est devenue une réalité psychique à laquelle tous les membres de la famille peuvent s'identifier et que l'addiction fait vivre en permanence* » (Duriez, 2012, page). Bloss (1999) parle de perte ambiguë qui fait rapidement émerger celle d'un deuil non élaboré (cité in Duriez, 2012).

D'autres encore introduisent l'importance des mythologies familiales comme le pardon, l'harmonie idéale, par exemple, qui confèrent à la conduite addictive une dimension transgressive inconsciente souvent accompagnée d'autres transgressions délictueuses ou morales (Vénisse & Grall-Bronnec, 2014). Certains prennent l'exemple de familles dites « endogamiques », c'est-à-dire qu'elles s'auto-suffisent sans extérieur, l'addiction ici serait comme un moyen de rompre l'indéfectibilité de ces liens forts et mettrait en péril ce mythe en se créant, par son comportement de dépendance, un espace de liberté et d'autonomie. Cependant, l'addiction finit par rapprocher l'addict de sa famille et l'espace de liberté se transforme en contrainte.

Étiopathogénèse de la problématique addictive

Des auteurs ont tenté de décrire un modèle étiologique de la psychogénèse de la toxicomanie masculine en considérant la famille comme le *foyer* de la souffrance. Dans une approche trigénérationnelle, ils décrivent trois processus relationnels qui comprennent tous sept étapes du cycle de vie de famille (Cirillo et al., 2008) : 1) Histoire des parents au sein de leur famille

d'origine, 2) Formation du couple conjugal, 3) Modalités de soins vécues par l'enfant lors des premières années, 4) Adolescence et premiers comportements déviants du fils, 5) Aspects du comportement paternel compris comme ressource défaillante pour éviter l'entrée dans la toxicomanie, 6) Rencontre des produits, 7) Mécanismes qui contribuent à chroniciser une symptomatologie avérée.

La composante commune aux trois processus relationnels est la perte ou le sentiment d'abandon qui est soit dissimulé, soit méconnu, soit agi et l'existence de fonctions paternelles défaillantes face aux carences éducatives maternelles. Le cliché de la mère surimpliquée, du père passif et de l'enfant triangulé par les dysfonctionnements du couple font référence à la situation lors de la découverte de la toxicomanie et donc de l'organisation et de la régulation de la famille autour de cette dernière. Ces éléments cachent également les véritables fondements et les caractéristiques individuelles qui ont contribué à l'émergence du symptôme et qui prennent leurs origines dans les étapes précédentes du cycle familial (Cirillo et al., 2008). Ainsi, la reconstruction par la famille de son histoire émotive et relationnelle constituerait un facteur puissant de changement.

c) Approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitive et comportementale s'intéresse essentiellement aux mécanismes psychologiques acquis par le sujet pour expliquer l'installation d'une addiction ainsi que son maintien. Pour ce faire elle s'appuie sur les modèles théoriques issus des théories de l'apprentissage (le conditionnement classique et opérant, apprentissage social) qui mettent l'accent sur la modification des comportements observables. Mais la démarche conceptuelle dominante est *le paradigme du traitement de l'information*, c'est-à-dire le processus de pensée conscient et inconscient qui filtre et organise la perception des événements (Fernandez & Szulc, 1998). Ces approches postulent que le comportement, les processus cognitifs et les émotions sont en interaction permanente (Cottraux, 2011). Ces modèles théoriques se veulent avoir une application thérapeutique directe.

Théories de l'apprentissage

L'addiction peut être considérée comme un conditionnement opérant (Skinner, 1971), c'est-à-dire l'apprentissage d'un comportement en fonction de ses conséquences plaisantes (renforcement positif : détente, désinhibition, performance) ou déplaisantes (renforcement négatif : conduite d'évitement face au syndrome de sevrage, à l'anxiété) qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement. D'après la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977), le processus de l'addiction s'ancre davantage : dans l'anticipation du renforcement (images mentales, croyances liées par exemple à l'usage social du tabac), dans l'apprentissage social par imitation (expérimentation de l'usage en groupe) et dans l'autorégulation de son comportement (consommer est un moyen *choisi* pour se sentir appartenir à un groupe ou se sentir bien).

Théories du traitement de l'information

L'addiction découle d'une chaîne de comportements et de cognitions, déclenchés par des éléments internes ou externes et renforcés par des distorsions cognitives, qui vont avoir des

conséquences positives ou négatives. Le modèle fondamental s'appuie sur les travaux de Beck sur la dépression et les troubles anxieux qui ont été étendus aux addictions (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Ils expliquent le processus de l'addiction. Face à une situation (vécue comme stressante), les pensées de l'individu apparaissent rapidement, de manière automatique (dialogue intérieur) et reflètent ses émotions (« *je suis stressé dans un groupe, tout le monde va le voir, j'ai honte* »). Ces pensées font échos aux structures profondes (inconscientes, acquises et stockées dans la mémoire à long terme) que sont les schémas cognitifs qui correspondent à des croyances profondes sur soi et le monde environnant. Cet écho fait ressortir les distorsions cognitives construites avec le temps : liées à soi (« *je ne suis pas à la hauteur* »), liées à l'environnement (« *le monde est pourri* ») et liées à l'avenir (« *ça ne peut pas être autrement* »). Ainsi, la situation stressante perçue est traitée par le filtre des schémas cognitifs et aboutit à des pensées automatiques accessibles influencées par les distorsions cognitives (« *si je ne bois pas, je ne peux pas parler aux gens* ») qui induisent des émotions et des comportements dont les conséquences renforcent les schémas (« *si je ne bois pas, ils vont m'humilier et je serais un moins que rien* »). Dans ce modèle, les auteurs développent trois types de croyances dysfonctionnelles impliquées dans le développement et le maintien de la dépendance : croyances anticipatoires (attentes d'effets positifs : « *ça permet de passer une bonne soirée* »), croyances soulageantes (réduction d'un malaise : « *ça va me détendre* »), et croyance permissive (« *tout le monde fume, c'est pareil qu'un verre de vin* »). L'interaction répétée de ces croyances viennent rigidifier des schémas cognitifs responsables de l'évolution, du maintien et de la rechute de l'addiction en provoquant des cercles vicieux : la recherche d'automédication induit des conséquences parallèles négatives qui créent des angoisses et renforcent le comportement et les croyances. Par ailleurs, ce processus serait renforcé chez certaines personnes par des caractéristiques personnelles prédisposant à l'addiction (impulsivité, recherche sensation, intolérance à la frustration, sentiment d'impuissance, etc.).

« Ces modèles montrent que l'addiction est un montage complexe dans lequel interviennent, sur le plan psychologique, un traitement particulier de l'information et des procédures de conditionnement ainsi qu'un mode particulier de résolution d'un problème qui dépend aussi d'éléments psychologiques comme les facteurs de personnalité, les structures cognitives et les renforçateurs de la situation, mais aussi des facteurs organiques préalables qui, à l'occasion de la rencontre avec le produit provoquée par des événements de vie, des situations de fragilisation et la pression sociale vont entraîner l'addiction » (Fernandez & Sczhultan, 1998 p.57).

d) Approche attachementiste³

Plusieurs études mettent en évidence une prédominance d'attachements insécures parmi les personnes souffrant d'addictions (Pierrehumbert, Bader, Miljkovitch, Mazet, Amar & Halfon, 2002, voir Schindler et al., 2005 pour une revue de la question). Ce lien est retrouvé tant pour l'alcoolisme et la toxicomanie (Newcomb, 1995 ; Petraitis, Flay, Miller, Torpy, & Greiner, 1998; Dawes et al., 2000; Schindler et al., 2005; Sullivan & Farrell, 2002), que pour les addictions comportementales telles que les cyberaddictions, les addictions sexuelles ou aux

³ Partie du cours issue du cours « Psychotropes, usages et addictions » (Danet, Lascaux & Miljkovitch, 2015) en M1 de l'IED.

jeux d'argent (Lei & Wu, 2007 ; Luo & Peng, 2008 ; Zapf, Greiner & Carroll, 2008 ; Danet & Miljkovitch, 2016). Si l'ensemble des résultats d'études s'accorde sur la plus grande fréquence d'attachements insécures parmi les personnes dépendantes, les recherches empiriques sur les modalités d'attachement spécifiques aux addictions livrent des résultats plus complexes (voir Perdereau, Lamas & Duquesnoy, 2010). Il convient aussi de signaler que certaines personnes dépendantes ne présentent pas de problème d'attachement. De récentes recherches montrent plus généralement qu'en présence d'addiction, la sévérité est moindre lorsque l'anxiété d'attachement est faible (Brumett, 2008 ; Schindler et al., 2009). Les tendances observées varient cependant en fonction de la substance (De Rick, Vanheule & Verhaeghe, 2009). Par conséquent, la prise en compte de la sévérité, plutôt que de la simple présence ou absence d'une addiction, ainsi que du type d'addiction, paraît importante pour bien comprendre les mécanismes en jeu.

❖ Rôle de la régulation émotionnelle

Pour expliquer le lien entre attachement insécure et addiction, la plupart des auteurs invoquent l'intervention d'un chaînon intermédiaire qui serait la dysrégulation émotionnelle. En effet, l'établissement d'un lien affectif stable et sécurisant est déterminant dans la capacité de l'individu à développer un sentiment de contrôle sur ses affects. Or, les personnes qui ne parviennent pas à convenablement réguler leurs états aversifs courent un risque accru de recourir à des activités ou des substances leur permettant de trouver une forme d'apaisement ou de satisfaction qu'ils ne parviennent pas à obtenir par le biais des relations.

Construction de la relation d'attachement et implications :

La relation d'attachement est, par essence, le moyen par lequel l'individu tente de trouver une homéostasie interne. Dès les premiers jours de la vie, lorsqu'un nourrisson est soumis à un stress quelconque, son premier réflexe est de signifier son état à sa figure d'attachement, pour qu'elle dissipe au plus vite le malaise ressenti. Selon la qualité de ses réponses, le nourrisson retrouvera un état d'apaisement ou, au contraire, sera aux prises avec une anxiété grandissante qui, à terme, peut le rendre particulièrement sensible au stress. Certaines études attestent du lien entre attachement et régulation émotionnelle au niveau neurobiologique chez le bébé (Hertsgaard et al., 1995 ; Spangler & Schieche, 1998), mais aussi chez l'adulte (Coan, Schaefer, et al., 2006 ; voir aussi Mikulincer & Shaver, 2007). Plusieurs recherches montrent un lien entre les modalités d'attachement et l'activité cardiaque (par ex., Feeney & Kirkpatrick, 1996 ; Spangler & Grossmann, 1993 ; Zelenko et al., 2005) ou la conductance cutanée (Dozier & Kobak, 1992 ; Fraley & Shaver, 1997 ; Roisman et al., 2007) en cas de stress. Coan (2008) précise que la fonction régulatrice de l'attachement se joue à deux niveaux : un premier niveau "online", qui correspond à la réassurance apportée par un contact immédiat, alors qu'à un deuxième niveau, généralisé, la figure d'attachement n'est présente que mentalement. Les expériences précoces constituent les fondations sur lesquelles les représentations d'attachement, ou modèles internes opérants (MIO), s'élaborent. D'après Bowlby (1969/1982), les MIO sont des représentations mentales de la disponibilité et de l'utilité des figures d'attachement en cas de menace, et de soi-même en relation avec ces figures. Ils se mettent en place dès la première année, à partir des échanges avec son entourage familial. Ainsi, les effets des soins reçus vont bien au-delà des moments partagés ensemble. Ce qui, au départ, relève d'une régulation des besoins physiologiques via l'affect, devient, au cours du développement, une régulation des affects proprement dite (Hofer, 2006). Des études sur des populations de victimes d'abus ou de carences affectives graves montrent les effets durables des expériences d'attachement précoces sur la réactivité au stress (par ex., Teicher, Samson, Polcari, & McGreeney, 2006 ou Wismer-Fries, Ziegler, Kurian, Jacoris & Pollak, 2005). Au vu des différentes recherches en neurosciences sur l'attachement (par ex., Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken & Mikulincer, 2005), Coan propose que les MIO modulent les processus neurologiques associés à la régulation émotionnelle.

Selon la définition de Bowlby, les MIO, une fois mis en place, aident à comprendre voire anticiper les réactions d'autrui. De ce fait, ils influencent le comportement de l'individu dans ses rapports interpersonnels (Miljkovitch, 2001). En agissant sur les anticipations relatives au déroulement des interactions et, par là-même, sur les attitudes qui en découlent, les MIO participent à la pérennisation des modes de relations initiaux et des affects associés (Schneider, Atkinson & Tardif, 2001 ; voir aussi Berlin, Cassidy & Appleyard, 2008 et Thompson, 2008) :

- Les modèles internes opérants des enfants sécures leur sont favorables sur le plan des relations interpersonnelles et des émotions que cela provoque. Les échanges avec leur entourage familial leur apportent les assises narcissiques nécessaires à la formation d'une image positive de soi et participent à la construction d'une image positive d'autrui. Les relations avec les autres sont perçues comme gratifiantes. Ainsi les attentes de ces enfants tendent à induire des modes d'interactions satisfaisants, qui viennent renforcer l'image préalablement formée des relations. Ce faisant, elles réduisent l'occurrence d'échanges conflictuels susceptibles d'engendrer des affects négatifs. Et lorsque de tels échanges ont lieu, la confiance que ces enfants ont en eux-mêmes et en l'avenir les prémunit contre les effets néfastes qu'ils pourraient avoir.
- A l'inverse, les enfants insécures développent le sentiment de ne pas réussir à se faire aimer, ainsi que l'idée que les relations sont sources de frustration. Ils développent alors une attitude méfiante ou dépendante vis-à-vis d'autrui, qui risque de gêner l'établissement de rapports satisfaisants (voir par ex. Cassidy, Kirsh, Scolton, & Parke, 1996). Ainsi, leurs relations leur renvoient à nouveau une image négative d'eux-mêmes, de même qu'elles engendrent des sentiments pénibles, difficiles à gérer. Cette sphère d'influence des MIO concourt à la cristallisation d'un vécu affectif négatif, tant au niveau de la qualité de celui-ci, qu'au niveau de sa capacité à y faire face.

❖ L'addiction comme remède à la dysrégulation émotionnelle

La conviction de ne pas réussir à surmonter les épreuves de la vie augmente le risque de recourir à des conduites addictives, comme moyen de les supporter ou de s'en détourner (voir Magai, 1999). Parmi une population de patients pris en charge pour un problème d'addiction, Thorberg et Lyvers (2006) ont relevé des scores plus faibles à la *Negative Mood Regulation Expectancies Scale* (Cantanzaro & Mearns, 1990) par rapport à des sujets témoins. Selon ces auteurs, l'addiction découlerait de la croyance en son incapacité à gérer les affects négatifs. Dans une étude plus récente, ces mêmes auteurs montrent que cette croyance est liée à l'attachement (Thorberg & Lyvers, 2010).

Si l'on prend l'exemple de l'alcool, Cooper et al. (2005) montrent que l'effet recherché à travers sa consommation est à la fois de réduire les affects négatifs et d'augmenter les affects positifs. Concernant le tabac, les travaux de Carmody (1992) suggèrent que le maintien de la consommation, la mise en place d'une dépendance et la capacité à s'arrêter reposent sur les capacités de régulation émotionnelle de l'individu. Les résultats de Weinstein, Mermelstein, Shiffman & Flay (2008) montrent, chez une population de lycéens, une plus grande variabilité de l'humeur négative chez ceux qui sont passés d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière. Ils ont également montré que cette variabilité diminuait à mesure que leur consommation s'intensifiait.

Il est vrai que l'addiction aux produits court-circuite brutalement les mécanismes naturels et complexes de gestion des sensations, des émotions et des relations (Reynaud, Karila, Blecha & Benyamina, 2010) (Cf. approche neurobiologique de l'addiction). Les mécanismes de

l'attachement, qui sont médiés par l'ocytocine et la vasopressine, seraient également impliqués dans les addictions aux drogues (Insel, 2003 ; McGregor, Callaghan & Hunt, 2008 ; pour d'autres mécanismes en jeu, voir Goodman, 2008 ou Koob & Kreck, 2007).

❖ **S'attacher à un produit/une activité plutôt qu'à une personne**

Outre sa fonction régulatrice des émotions, l'addiction aurait une fonction substitutive de l'attachement. Dans son livre intitulé *Addiction as an attachment disorder* (l'addiction comme trouble de l'attachement), Flores (2004) définit l'addiction comme une tentative d'auto-régulation ou d'auto-apaisement chez la personne dont la qualité de l'attachement ne suffit pas à apporter sécurité et bien-être. Plutôt que de reconnaître le besoin de se reposer sur quelqu'un pour trouver un équilibre et du réconfort, elle se tournerait à la place vers une substance ou une activité censée la soulager. Le déni des besoins d'attachement serait-ce ce qui pousse un individu à rechercher le plaisir ailleurs que dans les relations interpersonnelles. Les relations avec le tabac, l'alcool, les drogues, le sexe, les jeux sont autant de relations qui ne dépendent que de soi, sans que l'on soit tributaire de quelqu'un d'autre pour y accéder. Le fait de pouvoir en disposer à sa guise donne une impression de contrôle, impression parfois contraire à celle qui s'est développée dans les relations aux parents. En cela, la dépendance revient à une recherche de sécurité et de réassurance lorsque les moyens mis en œuvre au sein des relations se sont avérés inefficaces. On peut donc facilement imaginer que les personnes insécures, parce qu'elles ne parviennent pas à trouver du réconfort et une satisfaction dans leurs relations affectives, sont prédisposées à rechercher à travers des conduites addictives un moyen d'éprouver du plaisir et d'en « oublier » leurs affects négatifs.

Si le nouvel objet vient remplacer les figures d'attachement, on peut aisément supposer que le mode de relation établi s'inscrit dans la continuité des liens antérieurs. Plusieurs travaux en psychologie cognitive décrivent un phénomène de généralisation, dans lequel on réactive certains processus cognitifs et comportementaux dans des situations analogues à des situations « sources » dans lesquelles ces mêmes processus s'étaient initialement formés (Harris, 1995 ; Hofstadter & Sander, 2013). Dans le prolongement du postulat de Bowlby (1979) selon lequel l'attachement à la mère constitue un prototype des relations ultérieures, certains auteurs considèrent que les relations primaires influencent plus généralement le rapport au monde de l'individu, au-delà même des relations interpersonnelles (Miljkovitch & Sander, 2015). Ainsi, une fois les liens d'attachement détournés sur d'autres « cibles », l'individu serait enclin à reproduire avec elles le même type de transactions. L'envie d'être avec et de fuir la figure d'attachement déboucherait alors sur une envie d'avoir et de se défaire de l'objet de substitution. Ce rapport à l'objet découlerait d'une généralisation du mode de relation mis en place avec les figures d'attachement précoce.

A noter toutefois que les études portent généralement sur une addiction spécifique, sans que des contrastes puissent être établis avec d'autres addictions. Pourtant, certains résultats (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader & Halfon, 2005; Schindler, Thomasius, Petersen & Sack, 2009) donnent à penser que les mêmes processus ne sont pas à l'œuvre dans toutes les addictions. Schindler et al. (2005) suggèrent même que le choix d'un objet d'addiction se ferait en fonction de son effet sur les comportements relationnels recherchés (par ex., distanciation, sociabilité désinhibée...).

Malgré les recherches sur le lien entre problématique d'attachement et addiction, il est parfois difficile de déterminer si les perturbations de l'attachement sont la cause ou la conséquence

d'une addiction. Sur un plan théorique, l'insécurité d'attachement est généralement considérée comme un facteur de risque dans le développement d'addictions plutôt que l'inverse (Flores, 2004, voir aussi Newcomb, 1995). Ce lien s'expliquerait par un défaut de régulation émotionnelle (Dawes et al., 2000 ; Petraitis, Flay, Miller, Torpy, & Greiner, 1998 ; Sullivan & Farrell, 2002). D'après Khantzian (1997), l'attachement insécuré serait le facteur clé qui ferait qu'une consommation occasionnelle de drogues évolue vers une véritable toxicomanie. Les personnes sécures, elles, n'auraient pas besoin de ces produits pour réguler leurs affects et y trouveraient donc un bénéfice moindre que les personnes insécures. Cela étant, l'addiction peut aussi avoir un effet sur l'attachement car, dans une majorité de cas, elle n'est pas sans impact sur la vie sociale de l'individu. Ainsi s'installe un cercle vicieux où l'insécurité d'attachement pousse vers l'addiction qui, à son tour, renforce les difficultés relationnelles et émotionnelles de base.

e) Vers des approches intégrées

Comme l'affirme Louise Nadeau : « *Le champ des addictions est un lieu par excellence pour procéder à une intégration verticale et horizontale des multiples dimensions qui la composent* » (Nadeau, 2000, page). La complexité de la problématique addictive, les différents champs disciplinaires qu'elle recoupe et son interaction permanente avec les « micros-contextes socio-culturels » (Chambon & Marie-Cardine, 2003) encouragent et nécessitent cette approche holistique de l'usager (Lascaux & Couteron, 2015).

Le modèle intégratif exige une étude comparative des points de convergence (les consensus transthéoriques) des différentes approches et la création de nouveaux concepts intégratifs (Ionescu, 2006). Ce travail implique une véritable intégration systémique des dimensions biologiques, psychiques et sociales de ce que vit le sujet (Valleur & Matysiak, 2008). Dans cette logique intégrative, certains auteurs du champ des addictions (parmi eux, Stanton Peele et Dollard Cormier) encouragent l'approche expérientielle, la considérant comme une « focale », un angle de vue holistique à la croisée de toutes les disciplines. Elle s'appuie essentiellement sur la prise en compte de ce que vit le sujet, dans son contexte, à travers son expérience d'usage. L'approche expérientielle est donc, « par définition mouvante, constituée de multiples points de vue et points de rencontre et n'a que l'ambition de les mettre en lien pour en dégager du sens » (Morel & Couteron, 2008). Ce sont les capacités d'un groupe de professionnels à associer leurs perceptions partielles de l'environnement qui permettent une plus grande conscience des éléments de la totalité et de la partager (Levy, 1994). La volonté est d'optimiser l'efficacité des propositions psychothérapeutiques, de penser la « complémentarité théorique » comme « une saine diversité » et non comme une rivalité (Norcross & Newman, 1998).

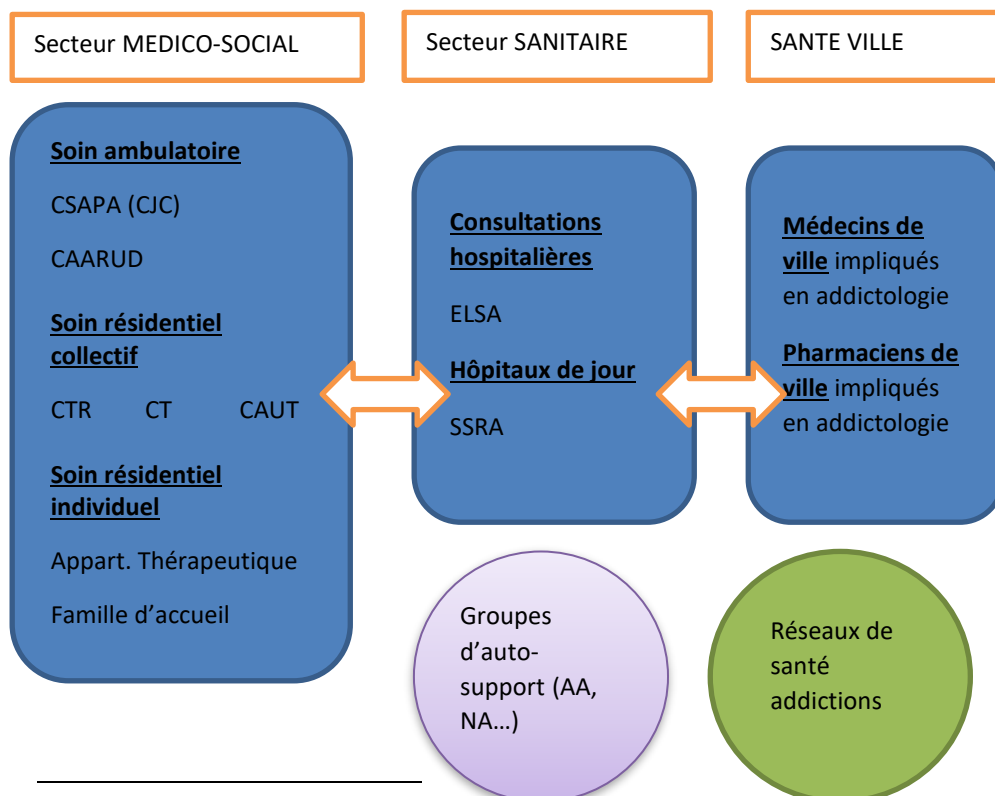
V – Dispositif de soins et d'accompagnement en addictologie ?

1. Dispositif de soins en addictologie

a) Lieux de rencontre

L'addictologie est une discipline médico-psycho-sociale transversale qui implique des prises en charge multidisciplinaire, globale et intégrée, en fonction de la sévérité de la conduite et de la gravité des complications et co-morbidités. Outre les situations complexes de dépendance, il apparaît également fondamental de développer une organisation permettant aussi de répondre aux stades précoces. En effet, les objectifs de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives peuvent être très différents selon leur stade d'évolution : repérage et intervention précoces, réduction des risques, substitution, sevrage, abstinence, etc. Par ailleurs, les structures en addictologie doivent désormais accueillir l'ensemble des conduites addictives. Les dispositifs spécialisés en addictologie en France sont répartis selon trois secteurs : la médecine de ville, le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Ces dispositifs sont complémentaires et doivent s'accorder entre eux pour un meilleur « travailler et agir ensemble ». Le soin est volontaire, anonyme et gratuit.

Figure : Principaux dispositifs spécialisés dans la prise en charge des addictions⁴ (cf. circulaire n°DGS/6B/DHOS/O2/2007/203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie)



⁴ <https://intervenir-addictions.fr/>

CSAPA - Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance à une substance ou à un comportement, ainsi qu'à leur entourage : accueil, information, évaluation médicopsychosociale, orientation, réduction des risques, prise en charge médicale ou psychologique ou sociale ou éducative. Le A de CSAPA choisi pour ne pas parler de Prise en Charge mais d'Accompagnement et redonner ainsi l'autonomie au patient. Composés de plusieurs corps professionnels (médecins, psychologues, assistants sociaux, éducateurs ...), ils assurent un accueil pluridisciplinaire qui permet de faire le point sur des situations complexes pouvant conduire une personne à sombrer dans la dépendance. Ils sont financés par l'Assurance Maladie.⁵

CJC – Les Consultations Jeunes Consommateurs sont une mission spécifique non obligatoire des CSAPA. Ils accueillent toute personne âgée entre 12 et 25 ans présentant une conduite addictive ainsi que son entourage. Les CJC vont ainsi être l'occasion d'une prise en charge globale du jeune afin de limiter les interventions à venir et d'influer sur la trajectoire addictive du jeune.

CAARUD – Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues s'adressent à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soins ou à celles pour lesquelles les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs. Ils sont financés par l'Assurance Maladie.

Les centres résidentiels collectifs sont des lieux de soins volontaires avec un hébergement collectif :

- **CTR** – Les Centres Thérapeutiques Résidentiels (ou post-cure), gérés par un CSAPA, visent la consolidation du sevrage ou du traitement de substitution et la construction d'un projet de réinsertion sociale.
- **CT** – Les Communautés Thérapeutiques s'appuient sur une prise en charge d'approche communautaire où le groupe de résidents-pairs est le moteur du soin et de l'entraide.
- **CAUT** – Les Centres d'Accueil d'Urgence et de Transition proposent des séjours de courte durée pour consolider ou mettre en place un projet de soin ou d'insertion (sortant de prison par exemple).

Les centres résidentiels individuels :

- **AT** - Les Appartements Thérapeutiques, gérés par des CSAPA, proposent un hébergement individuel qui vise l'inscription sociale du patient et le renforcement de son identité, soutenue par une prise en charge médicale, psychologique et éducatif.
- **FA** - Les Familles d'Accueil permettent à des personnes en situation d'addiction d'être hébergées dans des familles, de rompre avec leur quotidien, de retrouver un rythme de vie et de réapprendre les liens interpersonnels et sociaux.

⁵ Circulaire DGS/MC2 no2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

- **ACT** - Les Appartements de Coordination Thérapeutique proposent un hébergement à titre temporaire pour des personnes en situation précaire touchées par une pathologie chronique invalidante et en état de fragilité psychologique et sociale.

Les **Consultations Hospitalières** sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'accompagnement des patients présentant des conduites addictives. Ces consultations travaillent en partenariat avec un service d'hospitalisation réalisant des sevrages simples. Un hôpital de jour peut y être adjoind.

SSRA - Les Services de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie sont des structures hospitalières qui prennent le relais des soins et d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire avec pour objectif de réduire ou prévenir les conséquences liées à la conduites addictives et faciliter leur réadaptation.

ELSA - Les Equipes de Liaison et de soins en addictologie (équipes hospitalières) sont constituées de professionnels de santé (médecin, infirmier, psychologue...) qui évaluent et orientent vers des structures adaptées les patients en situation d'addiction et hospitalisés pour tout autre motif, à la demande du personnel soignant du service.

Groupes d'auto-support (AA / NA): les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes sont des associations à but non lucratif internationales composées de dépendants en rétablissement (aucun thérapeute professionnel n'y travaille). Elles accueillent au cours de réunions de rencontre et d'entraide tous les dépendants, peu importe le type de drogue consommée, avec comme seule condition : le désir d'arrêter la consommation.

b) L'occasion de construire un lien

Chacun de ces dispositifs représentent des lieux de rencontre avec l'utilisateur dans le but de répondre à ses besoins. Ainsi, la rencontre et la construction d'un lien est le préalable à tout accompagnement. Ce lien, cette relation, cette alliance parfois n'est pas acquise d'emblée mais se construit avec le temps par le patient et l'intervenant. L'implication et la co-construction de cette relation sont importantes, notamment avec les patients addicts qui viennent sans demande ou avec une demande de soin précise, expliquant qu'ils savent ce dont ils ont besoin pour soulager leur souffrance (De Roteh, 2000 ; Drieu, 2003). Il s'agit de reconnaître et valoriser les capacités de l'utilisateur à changer ce qui passera pour l'intervenant à s'interroger sur ses représentations et attitudes (Lascaux & Couteron, 2015). Cela peut passer par *se libérer d'a priori sur l'utilisateur* (évitement, mensonge et rechute), qui risque de conforter le patient dans son vécu d'échec, provoquant chez chacun des sentiments de culpabilité et d'incurabilité. Nous l'avons vu précédemment, au niveau sociétal, l'utilisateur est souvent réduit à un statut de délinquant ou de malade et les réponses apportées sont répressives et médicales, alors même que les opportunités d'usage se multiplie. Par ailleurs, l'entourage, souvent démunie et pris dans un sentiment d'impuissance, encourage cette vision manichéenne du monde divisé entre « les forts, les faibles », faisant reposer la capacité de changement sur la seule volonté.

Ainsi dans cette rencontre, les interventions et attitudes thérapeutiques doivent favoriser le positionnement de l'utilisateur comme acteur de sa démarche (Lascaux & Couteron, 2015) :

- *Reformuler l'ambivalence de la demande autour du produit*, en « enquêtant » sur l'élément déclencheur de la prise de contact et en insistant sur une cible thérapeutique moins

angoissante que l'abstinence (mieux être, se libérer de contraintes familiales ou judiciaires, projets de vie).

- *Rééquilibrer la relation pour ne pas être dans une relation asymétrique ou de dépendance* où l'usager attendrait une solution magique et/ou mettrait le thérapeute dans un rôle de toute-puissance. L'intervenant adopte une position basse qui favorise une relation d'égal à égal et l'accès au « monde » du patient, aux bénéfices de sa consommation et à ses résistances.
- *Reconnaître les capacités de l'usager à évoluer et ses tentatives*, même à travers la consommation, *d'atteindre ses objectifs*. Moins défensif, il s'autorisera à parler de ses préoccupations personnelles (gestion émotionnelle et enjeux relationnels) qu'il tente de maîtriser par la consommation.

L'alliance ne repose pas uniquement sur une relation duelle, mais doit aussi s'appuyer sur le cadre institutionnel et l'équipe. Ils garantissent la continuité de l'accompagnement et préservent la relation thérapeutique du risque d'omnipotence solitaire de l'intervenant. Par la diversité des liens qu'elle organise, l'équipe transdisciplinaire permet d'objectiver l'évolution du patient et de reconstruire une temporalisation dans son suivi, quant au chemin parcouru et aux étapes à venir. Elle pallie les absences, enrichit l'évaluation et régule les phénomènes de séduction, d'agressivité ou de passage à l'acte mis en jeu par les patients lors de relations duelles (Lascaux & Couteron, 2015).

2. Les interventions de Prévention, de RdRD et psychoéducation

La parution en 2019 par la HAS (Hautes Autorité de Santé) du dossier « La prévention des addictions et la réduction des risques et des dommages par les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) » permet d'approfondir ces notions de prévention et de RdRD.

a) Prévention

La politique de prévention des conduites addictives se rapporte aux substances psychoactives (SPA) licites – alcool, tabac et médicaments psychotropes – et illicites (stupéfiants) mais également à des addictions sans produit (liées aux jeux d'argent et de hasard et aux jeux vidéo). Les réponses se déclinent à différents échelons du territoire, du national au local, et ciblent l'ensemble des publics, qu'il s'agisse de la population générale, des personnes en situation de vulnérabilité ou encore les familles mais priorise particulièrement les jeunes (Mutatayi, 2018). Notons que depuis 2016, l'article L. 3411-6 du Code de la santé publique assigne aux CSAPA une mission obligatoire de prévention individuelle et collective des conduites addictives (avec ou sans substance), jusque-là facultative qui témoigne d'une volonté et d'un engagement des politiques publiques à renforcer la prévention depuis une dizaine d'années.

En France, la prévention des addictions peut se catégoriser selon 4 niveaux complémentaires :

- La prévention universelle qui vise la diminution globale des consommations
- La prévention de proximité (collective ou individuelle)
- L'intervention précoce (individuelle ou en groupe)

- L'éducation thérapeutique et la réduction des risques

La prévention des conduites addictives a pour objectif d'empêcher l'initiation des usages ou du moins de la retarder, d'éviter ou de réduire les usages, de limiter les épisodes de consommation intensive ou problématiques générations. La littérature scientifique internationale a montré qu'une prévention simplement informative ou à visée purement dissuasive (par la culpabilisation, la contrainte et le contrôle) s'avère peu efficace pour changer les comportements. Informer n'est pas prévenir ! La prévention a des enjeux plus importants comme « éduquer les individus et améliorer leur état de santé » en s'appuyant sur des stratégies d'accompagnement éducatif, mais aussi familial et social et ce dans la durée (Houzelle, 2013). L'addiction considérée comme une conduite à risque conduit à une prévention de « la responsabilisation individuelle, l'intelligence collective, l'exercice du pouvoir d'agir pour s'en protéger soi-même et en protéger les autres » (Morel & Chambon, 2019 p. 572).

Pour ce qui est de la consommation des substances psychoactives (licites ou illicites), la dernière expertise de l'Inserm sur les « conduites addictives chez les adolescents » (INSERM, 2014) a recensé neuf interventions qui seraient efficaces en terme de prévention primaire ou secondaire (c'est-à-dire limitation des risques et réductions de la consommation) (voir encadré).

Interventions de prévention et de réduction des consommations (INSERM, 2014, p.33)

- les interventions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes
- les interventions visant le développement des compétences parentales
 - les interventions visant à développer les compétences psychosociales à la fois des adolescents et des parents
- les stratégies à composantes multiples
- les interventions fondées sur l'entretien motivationnel
 - les interventions de développement des compétences psychosociales incluant un volet psychothérapeutique
- les interventions d'aide à distance
- les campagnes dans les médias
- les interventions législatives et réglementaires.

Selon ce rapport de l'INSERM, l'aspect psychosocial semble donc tenir une place importante dans les stratégies de prévention afin de garantir leur efficacité. Considérées comme un « déterminant des déterminants » de santé (INPES, 2015), « les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-

être physique, mental et social. » (OMS-WHO, 1994). Il s'agit par exemple pour le jeune d'être capable de gérer ses émotions, son stress, d'être capable de communiquer avec ses pairs sans pour autant se laisser influencer par le groupe, d'être capable de résoudre des problèmes... Renforcer les compétences psychosociales des enfants et adolescents constituerait donc un bon facteur de protection contre le développement d'une consommation addictive de substances.

Les évolutions positives et convergentes des différentes enquêtes épidémiologiques (HBSC et EnCLASS 2018 qui rendent compte de taux d'adolescents de 15 ans ayant expérimenté le tabac, le cannabis en baisse significative tout comme les taux expérimentations d'alcool à 11 ans et la prévalence des ivresses à 15 ans. Ces données ne sont certainement pas étrangères aux évolutions sociétales en lien avec une politique de prévention depuis dix ans, centrée sur le développement des compétences psychosociales où la prise de conscience des risques par les adultes et les jeunes est accompagné d'une meilleure maîtrise.

Dans le cas des jeux vidéo, des organismes comme Pédagojeux ou l'Institut d'éducation médicale et de prévention (IEMP) proposent des outils (sites Internet, flyers...) pour informer les joueurs et leur entourage sur l'usage problématique en particulier de certains jeux plus « accrocheurs » comme les MMORPG les MOBA ou les FPS. « Le fait d'avoir des parents sachant définir clairement ce que leurs enfants ont « le droit de faire » et qui ont établi des conditions d'utilisation des écrans (durée limitée autorisée, moments autorisés dans la semaine, contrôle parental...) agit comme facteur de protection à l'égard du risque d'usage problématique de jeux vidéo » (site de l'IFAC Institut Fédératif des Addictions Comportementales <https://www.ifac-addictions.fr/accro-au-jeu-video.html>)⁶.

Les projets de prévention sont principalement portés et développés par les CSAPA dans une visée éducative et d'accompagnement. Centrée sur les personnes et leurs conduites plus que sur les seuls produits et dangers, cette éducation préventive se décline sous des formes et dans des contextes différents (école, famille, milieu festif, justice,...) en associant l'ensemble des acteurs du territoire concerné. Elle optimise les principes de la promotion de la santé et de la prévention en les appliquant à la problématique sociétale majeure du risque addictif (issu de <https://www.federationaddiction.fr>).

Qu'entend-on par prévention de la rechute ?

La rechute, c'est-à-dire reprendre du produit ou un comportement addictif, fait partie du parcours de soin. Elle est une phase « normale » du changement et non un retour en arrière. Cette possible étape doit être annoncée et envisagée avec le patient au cours de l'accompagnement afin d'éviter l'arrêt des soins et l'émergence des sentiments d'impuissance, d'échec, de culpabilité, de découragement, etc. aussi bien chez le sujet que chez les professionnels et l'entourage (Meliava & Fouilland, 2015).

Bien qu'il soit illusoire d'anticiper les épisodes de rechute possibles, ces derniers s'inscrivent dans des contextes psychosociaux qu'il est possible de préparer. Le modèle de prévention de la rechute de Marlatt

⁶ La brochure « Les règles du jeu... Information et prévention sur l'usage des jeux vidéo à la maison » a été créée par l'IFAC et l'association proposant des loisirs pour les enfants ACLEEA (Indre) et est disponible sur leur site.

et Gordon (1985) met en évidence un processus commun aux différentes addictions : l'efficacité autorégulatrice perçue. Il s'agit de l'inaptitude à gérer les états émotionnels négatifs (stress, dépression, solitude, ennui, mécontentement, pressions sociales à l'usage, conflit interpersonnel) (Barber, Cooper & Heather, 1991). Ces états peuvent être déclenchés par des facteurs situationnels qui réactivent, par apprentissage, des mécanismes biologiques, cognitifs et affectifs (souvenirs, attentes positives, perte de contrôle et vécu d'échecs passés, etc.) venant affaiblir les croyances en efficacité autorégulatrice personnelle et provoquer un *craving* (Heather & Stallard, 1989). Les stratégies de *coping* cognitives et comportementales nécessaires pour réussir dans des situations à haut risque dépendent de la confiance qu'une personne a en son efficacité autorégulatrice. Ainsi, « basée sur une structure cognitivo-comportementale, la prévention de la rechute cherche à identifier les situations à haut risque dans lesquelles un individu est vulnérable à la rechute, et utilise des stratégies de coping cognitives et comportementales, afin de prévenir de futures rechutes dans des situations similaires » (Marlatt & Witkiewitz, 2008, page). L'objectif étant de responsabiliser la personne jusqu'à la gestion de son addiction. Maintenir l'abstinence ou le changement d'un comportement nouveau demande des ressources psychiques, cognitives, motivationnelles et comportementales importantes. Ces approches de gestion contrôlée de l'addiction comme une étape sont très complémentaires des autres propositions thérapeutiques et peuvent même amorcer un travail psychothérapeutique.

b) La RDRD

Les dommages sanitaires et sociaux associés aux consommations de substances psychotropes licites et illicites ont justifié la mise en place depuis plusieurs années d'une politique de réductions des risques en France. C'est notamment la prévalence élevée de VIH dans les années 80 puis de VHC dans les années 1990 chez les usagers de drogues qui a été, pour plusieurs pays dont la France, le déclencheur de ces politiques publiques de réduction des risques (Expertise collective INSERM, 2010).

Définition et fondements

Le concept de la réduction des risques (RdR), de sa traduction anglaise *harm reduction*, recouvre un ensemble de stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires (somatiques et psychiatriques) ou sociaux (exclusion, judiciaires, violences...) liés à une pratique spécifique de drogue ou de conduites addictives sans produit (et non d'emblée l'arrêt de cette pratique) (Beauchet & Morel, 2015). Dans une approche pragmatique et humaniste, ce concept de RdR s'inscrit dans la logique du « prendre soin » et « d'aller vers », privilégie la responsabilisation des usagers en les rendant acteur de la protection de leur santé, et leur apporte des outils concrets pour faire évoluer des comportements à risque (matériels stériles, informations, traitement de substitution). La force de la RdR repose sur sa capacité à placer l'expérience et l'expression des consommateurs au centre de son action. Les pratiques de RdR ont la volonté de développer, soutenir et encourager le pouvoir d'agir de chacun en orientant ses interventions vers le développement d'« habiletés sociales ». Ces pratiques font place à des notions comme l'usage contrôlé, l'usage à moindre risque, l'accompagnement « pas à pas », et font de l'abstinence un choix de vie parmi d'autres. Elles favorisent également l'accès à des populations éloignées des structures de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre des individus, et n'attendant pas que les usagers de drogues soient prêts à faire la démarche (expertise collective INSERM, 2010). Ce changement de paradigme peu théorisé peine à se faire connaître au-delà du cercle des professionnels spécialisés et à faire évoluer les

conceptions, les pratiques et les soins, et plus encore les politiques, longtemps conçues autour du trajet unique et contraint vers l'abstinence (Morel, Chappard & Couteron, 2012). Une politique gradualiste permet d'inscrire la réduction des risques dans un continuum (et non une opposition) avec la prise en charge de la dépendance.

Dispositifs médico-sociale

En France, la loi de santé du 9 août 2004 institutionnalise la politique de réduction des risques qui s'accompagne de la création de nouvelle structure médico-sociale, le CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues) (antérieurement appelé « les boutiques »).

Les principales missions des CAARUD, structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues, sont :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - o L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité (sur place);
 - o L'orientation vers le système de soins spécialisés (traitements de substitution aux opiacés) ou de droit commun ;
 - o L'incitation au dépistage des infections transmissibles.
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre ;
- Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Ainsi, les modes et lieux d'interventions sont divers : point de contact fixe, équipe mobile, équipe de rue, équipe en milieu festif ou équipe qui intervient en prison.

Interventions adaptées au public, au contexte, au modalité d'usage

La RdR s'inscrit au cœur des évolutions des pratiques de consommation de substances psychoactives et s'adapte aux considérations suivantes : la dangerosité des différents produits (cannabis, héroïne), les différents usages (occasionnel, problématique), les différents modes de consommation (injection, inhalation), les différents contextes (milieu festif, précaire, stable).

Dans les années 80/90, la RdR touche un public plutôt injecteur d'héroïne, précaire et souvent judiciairisé. Face au fléau du Sida, le mouvement RdR met un programme de mise à disposition de seringues stériles (kit Stéribox) en pharmacie, par distributeur, ou dans des « boutiques », afin de limiter les risques de transmission de pathologies infectieuses chez les usagers de drogues par voie injectable. Puis il se mobilise pour permettre l'accès aux traitements de substitutions avec l'élargissement de l'accès à la méthadone et à la mise sur le marché de la buprénorphine haut dosage (Subutex). Depuis 2015 en France, une « salle de consommation à moindre risques » a été créée. Il s'agit d'un lieu au sein duquel des usagers de drogues peuvent consommer leurs produits dans de bonnes conditions d'hygiène, sous la surveillance d'un personnel qualifié et sans la crainte de l'arrestation. Elle vise à réduire les problèmes de

voisinage, à diminuer les pratiques à risques et à favoriser la rencontre avec des professionnels (Chappard & Couteron, 2013).

Au milieu des années 90, la RdR s'intéresse au phénomène des *rave parties* qui expose un public plus jeune inscrit dans la polyconsommation, l'expérimentation de drogues et revendiquant une consommation gérée. Les « nouvelles » drogues consommées (ecstasy, speed, kétamine...) et les problèmes liés aux manières de les consommer (*bad trip*, déshydratation...) ont amené des programmes d'informations concrètes sur les drogues et leurs effets mais aussi des propositions d'outils concrets (pailles pour le sniff, lieux de repos...).

Cependant, rappelons que dans tous les milieux festifs les produits les plus consommés restent avant tout l'alcool et le tabac avec des usages de plus en plus précoces et intenses (*binge drinking*). Les risques liés à l'alcool, par exemple, sont majeurs quand on sait que les accidents de la route, principalement liés à l'usage d'alcool, représentent la première cause de mortalité chez les jeunes de moins de 25 ans et que le phénomène du *binge drinking* surcharge les urgences les vendredi et samedi soir. Pourtant, face à l'alcool et au tabac, malgré quelques outils (éthylotest pour l'alcool, les substituts nicotiniques pour le tabac) et quelques actions types (« capitaine de soirée »), la RdR se cherche et continue de s'interroger sur les outils adéquats.

En 2016, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 conforte et étend la politique française de réduction des risques, dorénavant dénommée "réduction des risques et des dommages" (RdRD) pour accompagner l'évolution des pratiques et des interventions mises en œuvre depuis, par les acteurs sur le terrain. Cette évolution se caractérise, d'une part, par le déploiement en France d'interventions évaluées ou le développement d'expérimentations en matière de réduction des risques et des dommages, comme par exemple :

- Les salles de consommation à moindre risque
- L'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI) (Roux et al., 2016)
- L'analyse de produits (André, Kartner, Corty & Pfan, 2013)
- Le dispositif d'insertion socioprofessionnelle "Travail alternatif payé à la journée" (TAPAJ) (Langlois, 2015)
- L'intervention de prévention du passage à l'injection "Change le programme" (Michels et al., 2017)
- Les programmes d'envoi de matériel de RdRD par voie postale.

Elle se caractérise, d'autre part, par une diversification des options d'accompagnement proposées par les acteurs de la prévention et du soin en addictologie, au-delà des seules stratégies d'abstinence, de sevrage ou de substitution (telles que la réduction, la sécurisation ou l'accompagnement des consommations...), afin d'apporter des réponses les plus adaptées aux attentes, aux capacités et à la temporalité des personnes consommatrices de substances psychoactives.

c) La psychoéducation

La psychoéducation appartient au mouvement de la réhabilitation psycho-sociale. La volonté est de dépasser la stigmatisation des représentation collectives des personnes souffrant d'addiction pour développer leur autonomie en les considérant dans leur environnement et en encourageant leur démarche participative, active et donc leur pouvoir d'agir (« *empowerment* ») (Koenig, 2016). Ainsi, le rétablissement est appréhendé comme une démarche, un engagement dans un processus dynamique qui suppose un partage collaboratif intégrant à la fois un savoir plus objectif mais non normatif servant de repères et porté par les professionnels, un savoir subjectif, social et corporel de l'utilisateur, mais aussi celui de l'entourage s'il est impliqué. C'est ce que Pachoud (2012) nomme le rétablissement « expérientiel » ou « subjectif ». La cible n'est pas l'atteinte des normes sociétales, mais l'élaboration de ses propres objectifs (Le Cardinal et al., 2013). Comme l'écrit Deegan : « *le but n'est pas tant de devenir normal, mais plutôt plus profondément et pleinement humain, quelle que soit la façon unique d'être* » (1996). La psychoéducation n'est pas considérée comme une finalité mais comme un levier thérapeutique favorisant le rétablissement expérientiel (Koenig, 2016).

La psychoéducation s'appuie sur trois dimensions (Gira & Couteron, 2019) :

1. Une dimension pédagogique : donner des informations sur les problèmes rencontrés et sur les aides qui peuvent être proposées (compréhension, appropriation et responsabilisation).
2. Une dimension psychologique : soutenir la personne en l'accompagnant et en l'écoulant (exprimer, accepter et vivre avec).
3. Une dimension cognitive et comportementale : donner des outils concrets à la personne pour l'aider à mieux faire face à ses problèmes et à mieux gérer ses pensées et émotions pour poser des choix positifs par rapport à ses comportements.

La psychoéducation est une modalité thérapeutique essentielle dans le domaine de l'addictologie en ce qu'elle instaure une relation de respect fondamental du patient dans ses choix et en ce qu'elle l'aide à poser des mots sur les processus internes qui se jouent et qui sous-tendent l'addiction. Par son approche ouverte, elle est plus abordable que les interventions et psychothérapies ciblant les blessures et processus internes douloureux. Elle rappelle l'importance du psychisme et de son fonctionnement et apporte des outils concrets pour gérer au quotidien et se reconnecter avec sa vie intérieure pour faire des choix. La psychoéducation peut emprunter des modalités verbales et didactiques, mais aussi intégrer des médiations psychocorporelles ou artistiques (Gira & Couteron, 2019).

4. Interventions médicalisées : sevrage et traitements de substitution

Le sevrage fait partie du parcours de soin de tout « addict ». Elle est une étape incontournable, un moyen, un objectif intermédiaire sur le chemin du mieux-être et de la « sortie » de la

dépendance (Fouilland, 2015). Elle est une expérience de « vivre sans » au cours de laquelle la confrontation au manque, à l'omniprésence de la perspective de la re-consommation, est à la fois attendue, souhaitée et en même temps tellement redoutée. Le sevrage est souvent perçu par les usagers et leur entourage comme « LA » vraie et seule solution. Comme si l'arrêt de la substance pouvait à lui seul résoudre non seulement les problèmes liés à la dépendance mais encore l'ensemble des fonctions bio-psycho-sociales que remplissaient la substance et le mal-être sous-jacents (Fouilland, 2015). L'abstinence a, en effet, longtemps été l'objectif absolu de la clinique de l'alcoologie, mais l'a aussi été pour la toxicomanie jusqu'à l'avènement de la substitution et de la réduction des risques. Présenter l'abstinence comme définitive et seule issue possible est contre-productive et dissuasive pour entrer dans une démarche de soin. Pour certains, l'accompagnement de cette expérience est essentiel car il permettra de prendre la mesure de l'ensemble des effets, positifs, négatifs et ambivalents. Le sevrage se prépare, se conduit, se consolide, le sujet en étant le seul vrai acteur. D'autres conduiront cette démarche seul, dans une dynamique de *self change* avec ou sans aide médicalisée (Morel & Couteron, 2008).

Quand l'usager décide d'être accompagné, plusieurs choix sont possibles :

- Le sevrage « résidentiel », basé sur un séjour à durée variable (d'une semaine à trois mois) dans un hôpital ou un centre de soins spécialisés.
- Le sevrage « ambulatoire » qui repose sur des consultations médicales rapprochées (le patient prend son traitement et reste dans son environnement habituel).
- Certains hôpitaux peuvent également proposer des « hospitalisations de jour ».

La majorité des sevrages est réalisée en ambulatoire, l'hospitalisation étant réservée aux situations présentant des comorbidités somatiques ou psychiatriques lourdes, des multi-dépendances, des échecs de sevrages en ambulatoire ou des situations préparant un séjour en soins résidentiels (SSR, CTR, CT...).

L'accompagnement médicamenteux aux sevrages dépend du produit concerné :

- Sevrage alcoolique : En ambulatoire, le sevrage alcoolique est précédé d'une période de « pré-sevrage » où il est recommandé d'éviter l'arrêt brutal d'alcool, de limiter la fréquence et la quantité de la consommation tout en veillant à s'hydrater et à suivre une vitaminothérapie. Puis, la personne est accompagnée par une équipe infirmier-médecin pour adapter les doses de benzodiazépine. En milieu hospitalier (durée de séjour minimum de 6 jours), outre ces médicaments, d'autres ont été proposés pour diminuer l'appétence à l'alcool au décours du sevrage (acamprosate, naltrexone) et pour maintenir l'abstinence (baclofène), bien que la littérature doive s'enrichir sur leurs efficacités prometteuses.
- Sevrage d'opiacés : Il est quasi-exclusivement réalisé en milieu hospitalier avec une durée de séjour minimum de 8 jours. Sur le plan médical, l'objectif est d'accélérer les régulations biologiques (endorphiniques et noradrénergiques notamment) pour diminuer les douleurs, l'anxiété et la dépression de l'état de manque. Ainsi, sont prescrits des tranquillisants (anxiété), des antalgiques (douleurs) et des alpha-stimulants noradrénergiques. Avec le développement des TSO (Traitements de substitutions aux opiacés) se pose aujourd'hui davantage la question de l'arrêt de ces traitements.

- Sevrage tabagique : Le sevrage tabagique se réalise essentiellement en ambulatoire par la prise de substituts nicotiniques.
- Concernant les autres produits, il n'existe pas de traitement pour le sevrage ni du cannabis ni de la cocaïne. Une aide médicamenteuse symptomatique (anxiolytique ou antidépresseur) peut être prescrite pour soutenir l'arrêt. Quant au sevrage des benzodiazépines, le sevrage en milieu hospitalier est souvent préférable de par les risques de crise d'épilepsie et autres troubles en cas d'arrêt brutal.

a) Traitements de substitution

Un traitement de substitution est une modalité thérapeutique médicamenteuse de la pharmacodépendance qui repose sur l'administration d'une substance dont l'activité pharmacologique est similaire à celle de la drogue addictive (OFDT– Brisacier et Collin, 2014). Les traitements de substitution sont aujourd'hui validés dans la dépendance au tabac et surtout, dans la dépendance aux opiacés, notamment l'héroïne.

Traitements de substitutions aux opiacés (TSO)

Malgré un début tardif, la France est aujourd'hui le premier pays dispensateur de traitements de substitution aux opiacés (TSO) avec, en 2013, entre 160 000 et 180 000 usagers traités, ce qui représente 80% des usages problématiques d'opiacés (OFDT – Brisacier et Collin, 2014). Deux opiacés disposent d'un statut officiel de médicament de substitution en France (Auriacombe & Fatseas, 2006).

- La méthadone, agoniste morphinique, qui se présente sous forme de sirop (ou en gélule pour les patients stabilisés depuis plus d'un an) et qui doit être prise de manière régulière selon une posologie adéquate. De par ses caractéristiques pharmacologiques (risque d'overdose), l'initiation du traitement est soumise à une procédure réglementaire et réservée aux CSAPA ou aux hôpitaux.
- La buprénorphine (subutex) est un agoniste partiel ce qui signifie qu'elle prévient le syndrome de manque sur 24h, diminue le désir de consommer mais n'apporte pas le confort physique et psychique des agonistes purs (morphine et méthadone). Son maniement est plus simple et plus sécurisé (pas de risque de surdosage, effet plafond). Tout médecin peut initialiser ce traitement dont la prise est quotidienne, exclusivement sublinguale et peut être prescrit sur 28 jours. Cependant, ceux qui cherchent à retrouver des effets morphiniques d'apaisement et euphorisants seront tentés d'en détourner l'usage (snif ou injection associée à d'autres produits).

Le choix de la molécule dépend du lieu de prescription et de la sévérité de la situation : plus elle est complexe, plus la méthadone sera proposée, associée à un accompagnement pluridisciplinaire. L'impact des TSO est très positif sur la qualité de vie d'une grande majorité d'usagers, sur la baisse significative de transmission du VIH et sur la mortalité par *overdose*. Grâce à leur longue durée d'action qui garantit une certaine stabilisation et évite les intensités d'effets, les TSO permettent : l'apaisement et la prévention du syndrome de manque, de diminuer l'envie ou le besoin de consommer, d'interrompre la consommation du produit addictif et de soutenir l'entrée du patient dans un processus de changement et de soins

(Auriacombe et Fatseas, 2004). Cependant, des effets secondaires sont observés comme l'hypersudation, la prise de poids, la constipation et une altération de la libido.

Les TSO ne s'opposent pas à l'abstinence mais constitue une alternative au sevrage immédiat en tant qu'étape ou finalité. En effet, certains sujets évolueront vers une abstinence en diminuant leurs posologies progressivement, d'autres se poseront surtout la question de la gestion de leur équilibre psychique et ne revendiqueront rien d'autre que de n'être « pas trop mal » (Magnin & Morel, 2015). Quelle que soit les situations rencontrées, une offre thérapeutique multidimensionnelle (éducatives, psycho-sociales, etc.) doit être proposée (Jacques & Figiel, 2006).

b) Traitements de substitution nicotinique

L'efficacité du traitement nicotinique de substitution contre placebo dans l'arrêt tabagique est clairement démontrée par la littérature (Stead et al., 2008). Les substituts nicotiniques agissent essentiellement sur la période de sevrage en atténuant les symptômes de manque (irritabilité, déprime, anxiété, trouble du sommeil, etc.). Ils libèrent, par diffusion progressive, de la nicotine dans le sang. Pallier une partie du manque permet à la personne de se concentrer sur les autres aspects importants de l'arrêt (sociaux, comportementaux, psychologiques). Par ailleurs, ces traitements évitent l'inhalation du goudron et des substances toxiques contenus dans la fumée. Les substituts nicotiniques se présentent sous différentes formes : la gomme à mâcher (nicotine libérée par mastication), le patch ou système transdermique, les pastilles sublinguales (à sucer), l'inhalateur. Le choix de la dose constitue un facteur important du succès, ils doivent être au plus proche de la quantité nicotinique que le fumeur retirait de sa consommation de cigarette. La durée d'administration des substituts nicotiniques est variable selon les patients, de 6 semaines à 6 mois avec l'accord d'un professionnel médical.

Par ailleurs, selon l'Académie de Médecine, la cigarette électronique qui a fait son arrivée sur le marché en 2012, peut contribuer à une démarche de réduction des doses, voire d'abstinence. Elle constitue également un outil utile à la réduction de la mortalité, et de la morbidité tabagique malgré les réserves prononcées quant au non recul suffisant des études actuelles pour rendre compte de la toxicité des liquides utilisés (Dubois, Goulle & Costentin, 2015).

5. Prises en charges psychothérapeutiques

Si le travail psychothérapeutique implique un désir d'engagement, beaucoup de patients viennent consulter en addictologie sous contrainte judiciaire ou pression familiale avec une demande centrée sur leur comportement d'usage et son changement, voire son éradication. Quand elle se formule, et c'est légitime, l'attente de l'usager concerne le soulagement des conséquences liées à l'usage et pas forcément la recherche de ce qui pourrait en être l'origine ou l'arrière-plan. Cette demande d'aide n'est pas d'emblée celle d'un engagement direct, encore moins celle d'un suivi psychothérapeutique, mais une opportunité de contact. L'objectif de ce premier temps est la création de l'alliance thérapeutique, le « débroussaillage » de la situation et l'évaluation de la motivation. En fonction de la motivation du patient et de la qualité de la relation thérapeutique, le thérapeute propose des stratégies adaptées au stade de changement de

ce dernier, pouvant combiner plusieurs registres et des techniques d'orientations théoriques différentes (Lascaux & Couteron, 2015).

Ainsi, face aux évolutions conceptuelles mais plus encore, face au public reçu, l'approche thérapeutique intégrative est préconisée et adoptée dans les centres de soins en addictologie. Chacun des trois grands courants de psychothérapie (psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique) ont évolué vers leur propre psychothérapie intégrative. La clinique récente autour de l'adolescent usager a grandement participé à l'évolution de propositions psychothérapeutiques intégratives pour tenter de répondre au mieux aux besoins de ce public non-demandeur et amené par un tiers adulte.

a) L'Entretien Motivationnel (EM)

L'entretien motivationnel est un modèle transthéorique qui, par définition, peut s'intégrer à différents modèles thérapeutiques. Développé par deux américains docteurs en psychologie, William R. Miller et Stephen Rollnick (Miller & Rollnick, 2002), il est traduit en France par Philippe Michaud et Dorothée Lecaillier (2006), tous deux médecins addictologues. L'entretien motivationnel se définit comme « *une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » (Miller & Rollnick, 2006 p.31). L'objectif est d'accompagner le patient à identifier ses motivations propres au changement et à prendre une décision adéquate (autre que le produit) face aux difficultés. Cette approche thérapeutique respecte l'autonomie des individus à travers une relation collaborative et vise à les sortir de cycles répétitifs (Aubin, 2000 ; Rossignol, 1999).

Les entretiens motivationnels ont montré depuis longtemps leur efficacité et leur pertinence dans différents champs dont l'addictologie (Stephens et al., 2000 ; Dunn, DeRoo & Rivara, 2001). Cependant, ces évaluations portent majoritairement sur un public adulte et sur la problématique alcoolique, bien que les résultats soient tout aussi prometteurs chez les adolescents (Aubrey, 1997 ; Colby et al., 1998 ; Monti et al., 1999). L'étude la plus connue, d'envergure inégalée (1 726 sujets adultes inclus), est le projet MATCH (*Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity*) réalisé en 1997.

Spécificités dans l'accompagnement des jeunes

S'inspirant de cette approche motivationnelle, la Fédération Addiction a publié un manuel pédagogique d'intervention et d'accompagnement pour un public de jeunes usagers destiné aux professionnels des CJC, nommé le Processus d'Alliance et d'Accompagnement pour le Changement Thérapeutique ou PAACT (Lascaux, Couteron & Phan, 2014). Ce protocole PAACT a été élaboré dans le cadre du programme INCANT (International Cannabis Need of Treatment) (voir Phan et al., 2011) ; il a été formalisé en fonction d'une analyse des pratiques habituelles des CJC (Lascaux et al., 2010) et il s'appuie également sur ce qui a été écrit en France à propos des conduites addictives à l'adolescence en CJC (Morel et al., 2010). Le protocole PAACT définit le cadre d'une thérapie individuelle brève de type intégrative qui s'inspire des approches motivationnelles (Miller & Rollnick, 2013), se centre sur le vécu expérientiel de l'usage (Therrien, 2006), s'appuie sur des approches cognitives avec l'analyse fonctionnelle (Beck et al., 1993), stratégiques (Haley, 1976, 2007) et s'enrichit de conceptualisations psychodynamiques (Hachet, 2014). Le PAACT s'organise autour de deux phases et s'achève sur un bilan qui officialise la fin de l'accompagnement (Lascaux, Phan & Couteron, 2014). La phase 1 consiste

en la construction de l'alliance et en une première évaluation de l'usage. L'enjeu des premiers entretiens est d'obtenir un engagement ainsi qu'un accord mutuel sur les objectifs thérapeutiques pour parvenir à un mieux-être. La phase 2 vise l'accompagnement au changement à travers l'aide à l'autoévaluation de la gestion des usages (Couteron, 2001). Ce travail évolue sur deux versants : l'expérience de la prise de produit et la problématique identitaire. Il va permettre la déconstruction progressive de « la solution produit » en donnant à l'utilisateur d'autres moyens de se sentir mieux. Cette thérapie se déroule en moyenne sur 4 à 5 mois (la durée variant en fonction de la sévérité de la situation) durant laquelle des entretiens de bilan peuvent être ponctuellement programmés avec l'adolescent et ses parents. Par ailleurs, l'adolescent étant quasi systématiquement accompagné par ses parents plutôt inquiets, un soutien à la parentalité peut être réalisé en début de prise en charge.

b) Les TCC (thérapies cognitivo-comportementale)

Les TCC sont l'une des premières à réaliser une tentative d'intégration. La thérapie comportementale devient thérapie intégrative lorsqu'elle prend en compte le cognitif et l'affectif et qu'elle intègre tous les éléments liés au rapport entre le clinicien et le client. L'approche psychothérapeutique cognitivo-comportementale met l'accent sur les liens entre la façon dont l'individu peut penser, ressentir, et son comportement (Waldron & Kaminer, 2004). Chez l'adolescent comme chez l'adulte, la partie « cognitive » des TCC consiste à examiner les pensées automatiques, irrationnelles et inadaptées liées à une personne en particulier ou à un problème. Dans les situations d'abus et de dépendance, la technique consiste à examiner avec le patient les modes de pensée avant, pendant, et après l'utilisation de toutes substances (Carroll, 1998). Une personne peut avoir de façon récurrente des pensées automatiques qui l'amènent à consommer des drogues. Le clinicien aide le patient à identifier ces pensées, à faire le lien avec ses comportements et à imaginer et mettre en œuvre d'autres comportements mieux adaptés sans prise de produits (Kadden et al., 1995). La partie « comportementale » des TCC repose sur une analyse fonctionnelle qui examine les comportements avant, pendant et après la consommation, identifie ce qui déclenche cette dernière et les croyances irrationnelles sous-jacentes. Les stratégies TCC comprennent aussi une formation visant à améliorer les compétences de la personne à l'aide de jeux de rôles, de modélisation comportementale et d'exercices pratiques. En ce sens, les TCC considèrent la conduite addictive comme un comportement appris (par conditionnement répondant, conditionnement opérant et apprentissage social), qui peut être désappris à travers le développement et l'utilisation de nouvelles compétences, de processus de pensées plus adaptées, et un changement de comportement (Kadden et al., 1995).

Bien que la littérature soit plus dense dans la prise en charge des usagers de drogues et/ou d'alcool, les TCC se sont intéressées à toutes les problématiques addictives avec ou sans produit(s), notamment le jeu pathologique, les achats compulsifs et les dépendances aux nouvelles technologies (Lejoyeux & Adès, 2000). Des programmes spécifiques ont été décrits et évalués dans chacun de ces domaines. L'efficacité de ces derniers a été régulièrement confirmée par des études comparatives à caractère scientifique (Rahoui & Reynaud, 2006) et majorée en association avec les entretiens motivationnels (Dennis et al., 2000).

c) La psychanalyse

L'approche psychanalytique est une technique d'investigation psychologique destinée à rendre compte de l'inconscient et de ses effets, fondée sur la libre association des idées du sujet. Son but est d'augmenter la capacité du sujet à se voir lui-même (insight), de mieux se connaître, de découvrir ses propres mécanismes de pensée et ses ressentis (Jeammet & Bochereau, 2007). Cette approche n'est pas centrée sur les effets des produits sur l'organisme, mais sur la fonction et le sens que cette consommation peut avoir chez l'adolescent. Le travail psychothérapeutique consiste à accueillir le discours des patients sur leurs addictions alors considérées comme des stratégies défensives et « accompagner l'analyse de leurs motivations inconscientes jusqu'à ce que soit devenue caduque leur fonction de protection, le patient pouvant alors les abandonner » (Fillit & Couteron, 2015, page). L'espace analytique tente de réinstaurer une aire de « jeu », au sens de Winnicott (1971), afin que le patient expérimente la « capacité d'être seul en présence » de l'autre dans un rapport de non-dépendance et d'éprouver un sentiment de continuité identitaire visant à être introjecté. Le champ des addictions ne possède pas d'étude sur l'efficacité de ce type de psychothérapie, hormis la présentation d'études de cas (Hachet, 2005). En France, la réflexion autour de l'évolution des psychopathologies dans la clinique des addictions (et en particulier chez les adolescents) a amené la création d'un modèle thérapeutique : la thérapie bifocale (Jeammet, 1980 et 1984). L'intérêt de la thérapie « bifocale » est d'associer un suivi centré sur le produit, ses effets et fonctions, et une approche plus psychodynamique qui permettra de faire surgir les conflits sous-jacents restés jusque-là inconscients. Elle fait intervenir deux thérapeutes, chacun dans un temps et un lieu différent. L'un d'eux, psychiatre le plus souvent, s'intéresse à la « réalité externe » de l'adolescent, c'est-à-dire à ses symptômes, sa famille, son environnement et l'accompagne dans la construction de ses projets scolaires, professionnels et de loisirs. Il est « le garant narcissique du projet thérapeutique et au-delà de l'adolescent lui-même » (Phan, 2005, page XX). Il peut prescrire des médicaments, orienter l'adolescent vers des thérapies complémentaires, solliciter son envie de comprendre et expliquer les bienfaits escomptés du traitement psychothérapeutique tout en laissant ouverte la discussion sur sa poursuite (Phan, 2005). Conjointement à ce suivi, une psychothérapie d'inspiration analytique est proposée, en fonction des motivations et des capacités d'insight du patient, pour que la « réalité interne » de l'adolescent soit prise en charge. Cette co-thérapie nécessite une qualité de la relation entre les deux thérapeutes et une confiance réciproque permettant le respect des espaces de chacun. Dans la même mouvance, Gutton évoque la nécessité, pour certains adolescents, d'une thérapie « trifocale » avec l'intervention d'un thérapeute familial (Slama & Gutton, 1995).

d) Les thérapies systémiques

L'intérêt d'une approche systémique des problématiques addictives est souligné depuis une trentaine d'années. Modélisée initialement à partir des travaux de Bateson (1971) sur la schizophrénie et des travaux de l'équipe de Palo Alto (1970), l'approche systémique a rapidement été étendue aux problématiques psychosomatiques et addictifs (Bateson, 1971 ; Minuchin et al., 1975 ; Elkaïm, 1995).

L'addiction se développe le plus souvent au moment où l'individu doit se séparer de sa famille, venant entraver les processus d'autonomisation et placer les membres de la famille dans une situation de co-dépendance (Vallée, 1995 ; Stanton, Todd et al., 1982 ; Carr & coll., 2002). L'effet de cette consommation agit en retour sur la cause : l'usage de cannabis d'un adolescent génère de l'anxiété chez les parents qu'ils vont exprimer par l'agressivité, à laquelle l'enfant répondra par une augmentation de sa consommation (Duriez, 2008). L'un des buts de l'intervention systémique en addictologie est de décentrer le problème du produit sur le problème sous-jacent affectif ou relationnel que vit l'adolescent avec sa famille (Seligman, 1986 ; Liddle et al., 2002). L'objectif est de fournir aux membres du système enfant-parent l'occasion de communiquer sur leur façon de communiquer (méta-communication). L'efficacité des protocoles de thérapies familiales formalisés dans le traitement des addictions est bien établie dans la littérature internationale depuis ces trente dernières années, que ce soit avec les patients alcoolo-dépendants (Bateson, 1971), les patients toxicomanes (Stanton, Todd et al., 1982), ou encore avec les jeunes usagers (Williams & Chang, 2000).

Spécificités dans l'accompagnement des jeunes

L'approche systémique a ainsi naturellement élaboré ses propres réponses intégrées. C'est le cas pour la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT – MultiDimensional Family Therapy), définie par l'équipe du Professeur Liddle de l'Université de Miami, pour des adolescents consommateurs et leur famille (Liddle et al., 2001). Deux programmes de recherche conséquents (essai clinique randomisé), l'un aux Etats-Unis (CYT – Cannabis Youth Treatment) et l'autre en Europe (INCANT – International Cannabis Need of Treatment) rendent compte de son efficacité - sur la consommation de substances, les troubles du comportement, le fonctionnement familial et l'adhérence thérapeutique - comparativement à d'autres modèles thérapeutiques (TCC, EM, etc.) (Denis et al., 2002 ; Liddle & Hogue, 2001 ; Liddle & Dakof, 2002 ; Rigter et al., 2010 ; Rigter et al., 2013). La MDFT est une psychothérapie intégrative dont les principaux courants influents sont les thérapies systémiques (Minuchin, 1983), les thérapies cognitives (Beck et al., 1993) et les thérapies stratégiques (Haley, 1976 ; Diamond & Liddle, 1999). La MDFT s'appuie également sur des courants cliniques et théoriques tels que : la psychologie du développement de l'adolescent et de sa famille (Sroufe & Rutter, 1984 ; Kaye & Furstenberg, 1985) et la psychologie écologique (Bronfenbrenner, 1979). Dans ce modèle MDFT, la prise de substances psychoactives chez l'adolescent est considérée comme un phénomène multidimensionnel. Le travail thérapeutique consiste à identifier les facteurs de risque liés à la consommation afin de les traiter et les facteurs de protection pour les renforcer (Brook et al., 1993). Il s'agit de rétablir un processus « normal » de développement chez l'adolescent.

Les interventions ciblent quatre dimensions :

- les caractéristiques personnelles de l'adolescent et sa consommation ;
- les parents et leurs pratiques éducatives ;
- les interactions familiales et leur mode de communication ;
- les autres sources d'influence : école, loisirs, justice...

La thérapie se déroule en trois étapes :

- la construction des fondations de la thérapie : le thérapeute évalue la situation et amorce les alliances multiples (avec l'adolescent, avec les parents, avec la famille et les personnes du système extra-familial) ;
- l'accompagnement aux changements par un travail sur des thèmes spécifiques : les changements s'effectuent sur les quatre composantes en commençant par les plus accessibles ou les plus

stratégiques ;

- la consolidation des changements : il s'agit de préserver les progrès réalisés et laisser la famille être autonome grâce à ses nouvelles compétences face aux situations pouvant être encore fragiles.

e) Les approches psychosociales et communautaires (une visée humaniste)

Les facteurs psychosociaux (contexte socio-culturels), combinés à l'addiction elle-même, accentuent progressivement la désinsertion, voire la marginalisation de l'utilisateur. Le travail, quant à lui, ne peut plus participer à une reconstruction individuelle et sociale, non seulement du fait du chômage mais également parce qu'il est lui-même déstructuré et source de souffrance. Enfin, le délitement des groupes sociaux qui accompagne ces transformations oblige l'individu à gérer seul ses difficultés et le stress qu'elles génèrent. Les thérapies psychosociales cherchent à restaurer ce lien social et le mode d'être au monde, elles tiennent donc légitimement une place importante dans les soins en addictologie, l'addiction représentant peu ou prou une rupture du lien (Lascaux & Morel, 2015).

L'approche psychosociale adopte une perspective groupale qui ne délaisse pas l'individu (Lindsay, 2003). Elle considère le groupe comme un espace-temps rendant possible le « modelage », dans le sens d'une expérimentation et d'un apprentissage de nouvelles compétences sociales. Le groupe n'enseigne pas une vérité unique, il aide chacun à découvrir sa propre solution et la richesse des solutions possibles (Hugon, 2005). L'objectif d'autonomie passe par un processus d'individuation dans le sens « je deviens une personne singulière dans le groupe » en construisant « mon » propre système de valeurs par confrontation à celui des autres. Plus qu'un apprentissage, l'entraide par le groupe apporte un sentiment d'appartenance qui apaise les angoisses d'abandon, conforte le sentiment de compter les uns pour les autres, contribue à la restauration de la confiance en soi (Delile & Couteron, 2009). L'entraide sociale est une stratégie éducative qui active les compétences individuelles au sein d'une construction collective. S'appuyer sur l'*empowerment*⁷ communautaire pour développer l'*empowerment* individuel vise à « encourager, favoriser la participation des personnes, à la fois à l'expression de leurs problèmes de santé, à la définition de leurs besoins, leurs priorités, mais aussi à la réalisation et à l'évaluation des actions de santé » (Chobeaux, 2004 p.48). Les thérapies psychosociales ne se substituent pas aux autres approches mais sont complémentaires. Elles interviennent comme un moyen de recréer du lien entre les patients et avec les soignants, et de rendre aux individus leur confiance en eux.

Ces thérapies sont particulièrement pratiquées premièrement dans les groupes d'auto-support comme les AA ou les NA puis dans les soins résidentiels.

⁷ L'*empowerment* se définit comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habilités favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (Eisen, 1994). Certains auteurs incluent la dimension d'un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991).

- f) L'approche thérapeutique du psychotraumatisme associée à l'addiction (appui des théories attachementnistes)

A Compléter...

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

PRESENTATION DES PRODUITS ET COMPORTEMENTS

Les conduites addictives avec substance(s)

Produits « licites »

- **Alcool**

La consommation d'alcool existe depuis des millénaires et revêt aujourd'hui une dimension à la fois économique de par sa production et sa commercialisation (la France est le 1^{er} producteur de vin au monde) ; et à la fois culturelle communément associée à la convivialité. L'alcool est une substance organique qui provient de la fermentation ou de la distillation de fruits, légumes ou céréales et qui entre dans la composition des boissons alcoolisées (indiqué en pourcentage volumique : 13% équivaut à 0,13 litre d'alcool pur). L'alcool n'est pas ingéré, il passe directement du tube digestif aux vaisseaux sanguins qui le transportent dans tout l'organisme. Fouquet (1951) définit l'alcoolisme comme tout homme ou femme qui a perdu la liberté de s'abstenir de consommer de l'alcool. L'alcool peut entraîner une forte dépendance tant physique que psychique et son usage régulier (3 consommations dans la semaine pour un adulte et 10 dans le mois pour un adolescent) concerne 8,7 millions de personnes. Parmi eux, 31% sont considérés à risque ponctuels et 8% à risque chronique (Beck et coll., 2014). La mortalité totale attribuable à l'alcool en 2009 est de 49 000 personnes (Guérin et coll, 2013).

L'OMS distingue deux types d'alcoolisme (CIM-10) :

- Une forme aiguë, appelée *binge drinking* (biture express) (terme utilisé dans le DSM V), ou alcoolisation ponctuelle importante (API), qui correspond à une consommation excessive sur une courte période de temps, par épisodes ponctuels et répétés, où l'état d'ivresse est recherché rapidement (Spilka & Le Nézet, 2013). Elle est essentiellement pratiquée par des jeunes qui jouent à tester leurs limites, associés à des contextes sociaux (fête, regroupement, amis). Outre les impacts sur la substance blanche du cerveau, le risque majeur est l'intoxication alcoolique aiguë, qui peut mener aux risques mortels du coma éthylique.
- Une forme chronique, qui correspond à une consommation excessive quotidienne et habituelle, au-delà du seuil de toxicité (2-3 verres standards par jour) et n'ayant pas forcément comme objectif l'ivresse. Les travaux sur la trajectoire de l'alcoolisme chronique décrivent trois phases successives amenant à la dépendance (Richard et Senon, 1999) : une phase asymptomatique de plusieurs années (maintien des activités socio-professionnelles), une phase de perte de contrôle, assez brève, avec abus régulier d'alcool et enfin, une phase d'alcoolisme avec apparition des différents troubles psychosociaux.

Les publics les plus vulnérables aux effets de l'alcool sont les adolescents, en particulier ceux de moins de 15 ans dont la maturité du cerveau est inachevée, et les femmes, plus fragiles que les hommes sur le plan physiologique et prises dans une consommation plus culpabilisée, souvent déniée, avec une recherche anxiolytique forte (risque suicidaire plus élevé).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation d'alcool

Produit	EFFETS	MEFAITS
---------	--------	---------

ALCOOL (éthanol)	Après quelques minutes, l'alcool stimule, relaxe et désinhibe. On entend classiquement que la consommation d'alcool : facilite les échanges, calme les souffrances internes, donne l'impression de toute-puissance, lève les inhibitions et favorise le passage à l'acte	<u>Immédiats</u> : - Perte de contrôle de soi, diminution de la vigilance et trouble du caractère - « gueule de bois », nausée, maux de tête, fatigue et parfois déprime <u>A moyen, long terme</u> : - Troubles fonctionnels (gastralgies, dyspepsies) - Troubles métaboliques (prise de poids, glycémie) - Maladies graves (cirrhose, cancer du foie) - Atteintes cérébrales (cognitives : encéphalopathie aiguë de Gayet-Wernique, syndrome de Korsakoff ; cérébelleux : tremblements, équilibre ; syndromes démentiels.) - Troubles psychiques et psychiatriques (dépression, anxiété matin/soir) - Le delirium tremens (syndrome confusionnel)
---------------------	---	--

• *Tabac*

En France, la cigarette arrive vers 1825; son succès est immédiat et sa production s'industrialise, introduisant une dimension économique importante (cultivé dans le monde entier). La fabrication du tabac consiste à la fermentation des feuilles préalablement séchés afin d'obtenir un goût spécifique. La nicotine est le composant psychoactif qui agit sur le système nerveux central. Le tabac est communément fumé (cigarette, cigare, pipe, chicha) mais peut également être chiqué ou prisé. Depuis quelques années, les cigarettes électroniques ou e-cigarettes font leur apparition. Ce concept a été élaboré en 1963 mais le premier dispositif rendu public destiné à simuler l'utilisation d'une vraie cigarette a été réalisé en 2003, en Chine. Le principe consiste à produire un aérosol imitant la fumée de tabac en chauffant un liquide puis à le « vapoter ». Les utilisateurs réguliers sont estimés en 2014 entre 1,1 et 1,9 million et correspondent à d'anciens fumeurs. Ceci suggère que, pour le moment, la cigarette électronique constitue davantage une solution de sortie du tabagisme qu'une porte d'entrée (Lermenier et Palle, 2014). Cependant, la toxicité de la nicotine reste présente et le manque de données scientifiques sur le risque de toxicité des solvants utilisés rend difficile une prise de position.

Le tabac génère une forte dépendance physique et son usage quotidien représente 13,3 millions de la population, soit 30% de la population générale (dont 31,5% des adolescents et 29% des 18-75 ans) (Spilka et al., 2014 ; Beck et al., 2015). La consommation tabagique est responsable de 6 millions de décès par an dans le monde ainsi que de nombreuses maladies cardiovasculaires et cancers. En revanche, elle n'entrave pas toutes les sphères de la vie du fumeur et n'est pas au centre de son existence. Notons toutefois que la dépendance au tabac chez les personnes dépendantes à l'alcool et celles souffrant d'un trouble psychiatrique est 2 à 3 fois plus élevée (et plus fréquente) qu'en population générale. Par ailleurs, l'initiation précoce prédit une plus forte dépendance, une plus faible capacité à cesser de fumer et un risque plus élevé de maladies et d'hospitalisations (Lando et coll., 1999).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation de tabac

Produit	EFFETS	MEFAITS
TABAC (nicotine)	Quasi immédiats mais discrets et peu perturbants sur l'activité de l'utilisateur. Le tabac est « éveillant » ou stimulant, anxiolytique/détente et coupe faim.	<u>Immédiats</u> : - Accélération du rythme cardiaque, tremblements, diminution de l'apport d'oxygène au cerveau et aux muscles <u>A moyen et long terme</u> : - Dépendance rapide et forte

		<ul style="list-style-type: none"> - Trouble fonction cardiovasculaire : augmentation pression artérielle, accélération rythme cardiaque, détérioration des artères (risques coronariens, infarctus du myocarde) - Troubles des fonctions respiratoires : risque bronchite chronique et cancer poumon - Troubles fonctions digestives : augmentation des acides gastriques (cancer)
--	--	--

Produits « illicites »/stupéfiants

• *Cannabis*

Le cannabis est la substance psychoactive « illicite » la plus consommée au monde et ses propriétés psychotropes sont connues et utilisées à des fins récréatives, médicales, religieuses depuis l'Antiquité. Le principe actif est le THC (tétrahydrocannabinol), dont la concentration est très variable en fonction des préparations et de la provenance du produit (allant aujourd'hui de 3% à 15%). Le cannabis ou chanvre est majoritairement fumé (joint, pipe à eau), mais peut aussi être bu ou mangé (*space-cake*) voire inhalé. Il se présente sous forme de plante séchée, de résine et d'huile. Ce produit, de plus en plus banalisé, est très disponible en France et concerne tous les milieux sociaux. La question de son statut juridique est l'objet de nombreuses controverses et débats. La consommation régulière de cannabis provoque une dépendance psychique importante et des signes de sevrage peuvent être observés à l'arrêt de l'usage. En 2014, 1,4 million de personnes déclaraient avoir un usage régulier (10 fois au cours du mois) et 700 000 un usage quotidien (Beck et al., 2014). Parmi eux, on relève 9,2% des jeunes de 17 ans, 8% des 18-25 ans et 3% des 18-64 ans (Spilka et al., 2014 ; Back et al., 2014). L'expérimentation est de plus en plus précoce ; elle concerne, en 2010, un adolescent sur quatre en classe de troisième (15 ans) (Spilka et al., 2012). Finalement, 1,7% des 15-64 ans présenteraient un risque élevé d'usage problématique (2,7% des hommes et 0,8% des femmes) avec une prévalence chez les jeunes (Legleye et al., à paraître).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation de cannabis

Produit	EFFETS	MEFAITS
CANNABIS (THC)	<p>15 minutes après inhalation, c'est « l'ivresse cannabique », le cannabis relaxe, détend, rend euphorique, modifie les perceptions, stimule les idées incongrues et la communication.</p> <p><u>1^{ère} phase</u> : sentiment de bien-être et d'euphorie, labilité émotionnelle avec suggestibilité.</p> <p><u>2^e phase</u> : apathie et sensation d'être dans un monde sans problème, puis assoupissement</p> <p><u>3^e phase</u> : retour progressif à la réalité</p>	<p><u>Immédiats</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physiques : gonflement vaisseaux sanguins (yeux rouges), augmentation appétit, palpitations cardiaques, diminution sécrétions salivaires, nausées. - Pas de surdose mortelle mais des intoxications aiguës ou <i>bad trip</i> qui sont des états de malaise transitoires avec nausées, anxiété intense et parfois avec vécu paranoïde, dysphorie ou dépersonnalisation, déréalisation. - Diminution de la capacité de mémoire immédiate et de concentration. - Perturbation de la vision, de la vigilance et des réflexes <p><u>A moyen et long terme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles cognitifs, surtout sur la mémoire immédiate (aggravé avant 15 ans) engendrant des difficultés scolaires ou professionnelles

		<ul style="list-style-type: none"> - Isolement social et syndrome amotivationnel (désinvestissement important engendrant spirale d'échecs) - Déclenchement ou aggravation chez des personnes vulnérables de troubles psychiques comme l'anxiété, la dépression, psychose cannabique (bouffée délirante), la schizophrénie. - Risques judiciaires - Somatique : cancérigène et baisse de la spermatogenèse.
--	--	--

• *Héroïne et opiacés*

Bien que les opiacés (opium, morphine, héroïne...) ne dominent plus la scène médiatique et clinique, ils conservent une place importante dans le champ des conduites addictives. Les opiacés sont des produits d'origine soit naturelle contenus dans le latex (opium) recueilli sur la plante - le pavot (contient morphine et codéine)-, soit synthétique (méthadone) ou semi-synthétique (héroïne) avec des propriétés similaires (héroïne). L'héroïne ou diacéylmorphine (dérivé morphinique) reste l'opiacé le plus consommé hors prescription médicale. Elle se présente sous la forme de poudre blanche ou brune soluble et est injectée (le shoot), fumée ou sniffée/prise. Sa disponibilité sur le marché augmente depuis quelques années (après un effondrement relatif depuis les années 90 avec la diffusion des traitements de substitution) avec un coût plus bas mais une qualité moindre. Notons qu'il existe deux principales molécules d'opiacés proposées en tant que traitement de substitution (méthadone et buprénorphine) qui seront développées ultérieurement (cf. « prises en charge des addictions »). Ces dernières sont également disponibles sur le marché parallèle.

Le profil pharmaco-clinique des opiacés est particulier puisque leur toxicité cellulaire est nulle ou très faible, leur potentiel de modification psychique est au contraire parmi les plus élevés (sédatif et antalgique) et le potentiel addictif est des plus élevés. Ainsi, la frontière entre l'usage simple et la dépendance est étroite. Depuis les années 2000, deux catégories principales d'usagers d'héroïne se distinguent : les usagers « traditionnels », souvent des personnes âgées de plus 35 ans en situation précaire ayant recours à l'injection ; et les usagers récréatifs, souvent des jeunes adultes qui la sniffent ou fument dans un cadre festif de manière occasionnelle (Cadet-Taïrou, Gandilhom et Lahaie, 2012). Finalement, en 2014, seuls 1,5% de la population ont expérimenté l'héroïne et 0,2% en font un usage actuel (Beck et al., 2014).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation d'héroïne

Produit	EFFETS	MEFAITS
Héroïne	Très rapidement (moins d'1 minute en shoot), l'héroïne provoque un apaisement, une euphorie et une sensation d'extase (appelé « lune de miel »). Cet effet de plaisir intense est suivi d'une sensation de somnolence accompagnée parfois de nausées, de vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque (entre 2h à 6h). Etant un analgésique puissant, elle supprime la douleur, les éprouvés et les sensations. Elle est souvent utilisée comme anxiolytique ou antidépresseur.	<p><u>Immédiats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'effet de tolérance conduit rapidement à l'augmentation des doses, de la fréquence des prises et à la dépendance physique puis totale. - Le syndrome de manque « lune de fiel » se manifeste par des signes physiques et un profond malaise psychique. Le sevrage nécessite une assistance médicale. - Surdose ou overdose (risque majeur) provoque une dépression respiratoire souvent mortelle. <p><u>A moyen et long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles neuropsychiques (manifestations paranoïdes, insomnies, humeur) - Troubles respiratoires - Troubles cardiovasculaires (hypotension, syncope)

		<ul style="list-style-type: none"> - Troubles digestifs (colique hépatique, constipation) - Troubles gynécologiques (aménorrhée) - Troubles oculaires (myosis) - Atteintes virales (VIH, VHC)
--	--	---

• *Cocaïne*

Souvent présentée comme une drogue d'artiste ou dopante, et aujourd'hui comme une drogue de fête et de sensualité, la cocaïne représente la drogue de luxe. Elle est le produit illicite le plus consommé en France après le cannabis. La cocaïne (coke, « C ») est un psychostimulant obtenu par transformation des feuilles de cocaïer. Elle se présente sous forme d'une fine poudre blanche cristalline et est le plus souvent sniffée (rail ou ligne de coke) mais est parfois injectée par voie intraveineuse (shoot) ou fumée, principalement sous forme de crack. Le crack (caillou, galette, ou *free base*) est obtenu en ajoutant du bicarbonate ou de l'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne (cependant, la cocaïne est souvent « coupée » avec d'autres produits). Contrairement à la cocaïne, le crack symbolise la rupture, la marginalité sociale, la violence, c'est la drogue bon marché « du pauvre ».

Les particularités de ces deux produits se trouvent dans leur intensité et la brièveté de leurs effets qui invitent à une répétition des prises très rapides mais aussi le vécu très désagréable de la « descente » (la phase de fin d'effet). La dépendance psychique particulière qui en découle est souvent associée au phénomène du *craving* (Valleur, 2008).

La cocaïne a connu une diffusion croissante puisque son expérimentation a été multipliée par 7 en deux décennies, passant de 0,8% chez les 18-64 ans en 1990 à 5,6% en 2014 (avec une prévalence chez les 26-34 ans avec 10% et chez les 18-25 avec 7%) (Pousset, 2012). Cette augmentation s'observe également chez les adolescents avec 3,2% d'expérimentateurs chez les jeunes âgés de 17 ans (Spilka et al., 2014).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation de cocaïne et de crack

Produit	EFFETS	MESFAITS
COCAÏNE	La montée, assez rapide (sniffée : 10 min ; fumée ou injectée : 1 min et plus intense), provoque des sensations euphoriques, une impression d'énergie et de puissance intellectuelle et physique ainsi qu'une indifférence à la douleur et à la fatigue (pendant 1h).	<p><u>Immédiats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilatation pupillaire (mydriase), accélération du rythme cardiaque, hypertension, hypersudation, hyperthermie. - Risques d'accidents cardiaques, cardiovasculaires et cérébraux, même avec une seule prise, liés à la contraction des vaisseaux sanguins provoquée par l'usage de cocaïne (dépend de l'individu). - La « descente » associée à un état dépressif, à une forte anxiété, à un état d'épuisement (crampes) - Risque de passage à l'acte : violences sexuelles, dépenses. <p><u>A moyen et long terme :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécroses liées aux contractions veineuses (nasales) - Troubles du rythme cardiaque - Troubles psychiques : instabilité d'humeur, délires paranoïdes, attaques de panique - Insomnies, pertes de mémoire, phases d'excitation - Le mode de consommation (le sniff avec matériels partagés) met à risque face aux virus des hépatites B et C.

CRACK	Etant fumé, ses effets sont plus intenses et plus brefs (« flash ») amenant à un usage compulsif.	<u>Immédiats :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Idem mais plus intense du fait qu'il soit fumé <u>A moyen et long terme :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Neurotoxicité importante - Dépendance psychique (<i>craving</i>) forte (pouvant perdurer plusieurs mois après l'arrêt) - Troubles psychiques : hallucinations, violences, paranoïa, voire suicide - Graves altérations des voies respiratoires et cardiaques (entraînant la mort) - Etat d'épuisement avec altération de l'état général - Lésions cutanées (mains et lèvres) liées au mode d'usage
-------	---	--

• *Ecstasy et amphétamines*

L'ecstasy désigne un produit comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (méthylènedioxymétamphétamines), responsable des effets psychoactifs qui combinent certains effets des stimulants et ceux des hallucinogènes. Sa diffusion a suivi l'essor du mouvement festif « techno » et est recherchée pour ses effets empathogènes. L'ecstasy se présente sous forme de comprimés de taille et de couleur variables (ornés de logo) et son contenu est souvent incertain (coupée avec amphétamines, médicaments divers...), parfois même il ne contient pas de MDMA. La MDMA peut être aussi vendue en poudre ou gélule. Une particularité de l'ecstasy est son ingestion « gobée », la prise est facile, rapide et discrète. En 2014, l'expérimentation est en hausse avec 4,3% des 18-64 ans (soit 1,6 million de personnes) qui en ont expérimentée, avec une prévalence plus élevée chez les 18-34 ans, avec 3,8% des jeunes de 17 ans (Beck et al., 2015 ; Spilka et al., 2014).

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes plus puissants, qui se présentent sous forme de cachets à gober, de poudre à sniffer ou à avaler ou bien de cristaux à inhaler. La famille des amphétamines est très large et les différents dérivés n'entraînent pas toujours les mêmes effets. Le speed est de l'amphétamine coupée avec d'autres produits (caféine, divers médicaments...) dont le moindre prix lui assure une certaine popularité dans l'espace festif alternatif. En 2014, les mêmes constats concernant l'expérimentation des amphétamines peuvent être établis avec des scores moindres : 2,3% des 18-64 ans et 2,8% des jeunes de 17 ans (Beck et al., 2015 ; Spilka et al., 2014).

La métamphétamine, appelée crystal ou *ice*, est un dérivé synthétique qui se distingue par ses effets puissants, durables et son potentiel addictif; mais son usage reste marginal en France.

Tableau : Effets et méfaits de la consommation d'ecstasy et d'amphétamine

Produit	EFFETS	MESFAITS
Ecstasy	Une demi-heure après la prise et pendant 4 à 6h, le sujet ressent une certaine euphorie, une sensation de bien-être et de plaisir, une stimulation physique, un besoin de contact physique et intellectuel facilité par une levée des inhibitions sociales. La MDMA est aussi qualifiée de drogue empathogène.	<u>Immédiats :</u> <ul style="list-style-type: none"> - La « descente » de plusieurs jours, une forme de dépression plus ou moins intense. - Sensation d'angoisse et d'incapacité totale à communiquer peuvent remplacer les effets empathogènes. - Nausées, sueurs, maux de tête, déshydratation, hyperthermie - Troubles neuropsychiatriques (angoisses, hallucinations) - Troubles digestifs et perte de connaissance <u>A moyen et long terme :</u>

		<ul style="list-style-type: none"> - Amaigrissement - Irritabilité - Dépression grave - Dépendance psychique
Amphétamines (speed, crystal)	Quelques minutes après la prise, ils suppriment la sensation de fatigue, de faim, de soif, donne l'impression d'être invincible, et procure une stimulation physique avec parfois des pulsions sexuelles	<u>Immédiats :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Crispation de la mâchoire, risques d'hypertension et de déshydratation, voire d'hyperthermie. - La « descente » est particulièrement longue et forte avec une grande fatigue, de l'anxiété, des crises d'angoisse et de paranoïa. <u>A moyen et long terme :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Prise d'autres substances - Neurotoxicité - Dépendance psychique forte (isolement et désocialisation) - Agressivité et troubles psychiatriques (angoisse, délire, paranoïa, hallucinations) - Epuisement psychique et physique. - Manifestations cardiaques et troubles du comportement (gestes répétitifs)

• **Hallucinogènes (LSD, kétamine et GHB)**

Les substances hallucinogènes sont présentes dans certains végétaux ou produites chimiquement. Elles provoquent des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales, temporelles et de la perception que l'utilisateur a de son corps. Le plus souvent, elles ne provoquent ni dépendance, ni tolérance et les complications sont essentiellement des « bad trips » ou des épisodes délirants.

Les principales substances naturelles consommées sont les champignons hallucinogènes. Sous forme synthétique, les plus connues sont :

- Le LSD, obtenu à partir d'un champignon parasite du seigle, qui est un hallucinogène puissant se présentant sous forme d'un buvard (papier imbibé d'acide), d'une micropointe ou sous forme liquide.
- La kétamine qui est un dérivé de la phencyclidine ayant des effets hallucinogènes et qui est initialement un produit d'usage médical pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques. Elle est vendue sous forme de comprimés ou de poudre blanche et peut être ingérée, sniffée et plus rarement injectée par voie intramusculaire.
- Le GHB (gamma-hydroxy-butyrate) est une substance anesthésique, d'abord euphorisante, puis sédatrice et amnésiante.

Parmi les substances hallucinogènes, les plus consommées en 2014 sont : les champignons hallucinogènes avec 4,8% d'expérimentateurs chez les 18-64 ans et 3,8% chez les jeunes âgés de 17 ans et le LSD : 2,6% des 18-64 ans et 1,6% des jeunes de 17 ans (Beck et al., 2015 et Spilka et al., 2014).

Tableau : Effets et méfaits de la consommation de LSD et kétamine

Produit	EFFETS	MESFAITS
Champignon hallucinogène et LSD	Effet appelé « trip » dure en moyenne entre cinq et douze heures. Le LSD provoque des modifications sensorielles intenses, des hallucinations, des	<u>Immédiats :</u> <ul style="list-style-type: none"> - La montée et la descente peuvent être très désagréables et provoquer des « bad trip » avec

	fous rires incontrôlables. Ses effets sont difficiles à décrire car très variables selon les personnes.	angoisse, panique, paranoïa, phobie, état confusionnel, voire bouffée délirante. <u>A moyen et long terme</u> : - Pas de dépendance physique ni psychique - « Retour d'acide » ou <i>flash back</i> plusieurs jours après sont possibles - Risque de décompensation psychotique durable chez les personnes prédisposées.
Kétamine	Dès les premières minutes, elle entraîne à faible dose : une désinhibition, avec un changement de perception du corps (flottement, anesthésie, perte d'équilibre, distorsions des sons) et à forte dose : un sentiment de dissociation du corps et de l'esprit rendant impossible la communication avec autrui. Les hallucinations sont alors puissantes.	<u>Immédiats</u> : - Effets psychiques : attaque de panique, anxiété, jusqu'à l'état confusionnel proche de la démence. - Nausées, vomissements - Anesthésie de la douleur. - Troubles neurologiques <u>A moyen et long terme</u> : - Risque de dépression respiratoire, - Risque de décompensation psychotique durable chez les personnes prédisposées. - Perte de mémoire.

Médicaments psychotropes

Sous le terme de médicaments psychotropes, on désigne les médicaments qui agissent sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. Il s'agit globalement des médicaments utilisés pour traiter des troubles mentaux banals ou graves et dans le cadre du traitement de la douleur. La différence entre drogue et médicament psychotrope constitue une frontière aussi fragile que mouvante. A peu près tous les médicaments psychotropes sont susceptibles d'entraîner une dépendance dans le contexte d'une consommation chronique ou d'abus. Ils sont parfois consommés en dehors de tout contexte médical et peuvent faire l'objet de détournements voire de trafics au même titre que les drogues illicites (INSERM, 2012). Par ailleurs, les médicaments psychotropes ne sont plus uniquement cantonnés au traitement de maladies bien individualisées (mise à part les neuroleptiques) mais deviennent des traitements « symptomatiques » destinés à diminuer les souffrances liées aux conditions de vie.

En 2012, environ 11,5 millions de Français ont consommé au moins une fois une benzodiazépine (majoritairement Xanax). Ils ont en moyenne 56 ans et 64,2% sont des femmes (Beck et al., 2015). Chez les jeunes de 17 ans, 16% ont déjà pris au cours de leur vie des tranquillisants, 13% des somnifères et 6% des antidépresseurs avec une prépondérance de filles. Chez ces jeunes, ces médicaments ne sont pas toujours prescrits à l'utilisateur par un médecin ; dans 27% des cas, c'est l'un des parents qui en propose et dans 11%, il s'agit d'une initiative personnelle (Spilka et al., 2015 ; Cadet-Taïrou et Brisacier, 2013).

Pour ce cours, nous nous limiterons aux benzodiazépines, aux neuroleptiques, aux antidépresseurs et aux barbituriques.

Médicaments	Indications thérapeutiques	EFFETS	MESFAITS
Benzo-diazépines (Xanax, Vallium,	Insomnie	Effets tranquilisants (anxiolitiques) et hypnotiques (somnifères)	<u>A moyen long terme</u> : - Dépendance physique et psychique (surtout au-delà d'1 an d'usage régulier) avec syndrome de sevrage qui

<i>Lexomil, Tranxène, Rivotril...</i>	Anxiété sous toutes ses formes (concept flou) Sevrage alcoolique Affections psychosomatiques Lumbagos ou sciatiques Epilepsie		s'apparente à celui du sevrage alcoolique (seule différence du sevrage, il se fait par réduction progressive des doses). - Amnésies antérogrades (suite aux prises) réversibles. <i>Sevrage difficile</i>
Barbituriques <i>(Gardénal, Alepsal)</i>	Insomnie Epilepsie Anesthésie	Effets hypnotiques	A moyen long terme : - Dépendance (seulement pour les barbituriques à demi-vie courte) - Troubles de la mémoire et de l'attention - Modification de l'humeur <i>Ils sont désormais retirés du marché</i>
Neuroleptiques <i>(Largactil, Tercian, Solian, Haldol, Risperdal...)</i>	Psychoses aiguës, chroniques Etat d'agitation Personnalités psychopathiques	Effets positifs considérables sur ces pathologies (réduction des symptômes gênants et stabilisation du processus) Effets physiques et psychiques puissants	Possibilité d'un syndrome malin (forte fièvre pouvant engager le pronostic vital) mais rare Le plus souvent, effets secondaires importants et gênants mais sans danger vital Aucun risque de dépendance <i>Pas d'utilisation toxicomanogène</i>
Anti- dépresseurs <i>(Anafranil, Prosac, Laroxyl, Effexor, Deroxat...)</i>	Syndrome dépressif grave Puis élargissement au syndrome dépressif "névrotique", réactionnel, etc.	Réduction de l'humeur dépressive	Rareté des effets indésirables Faible toxicité Pas de risque de dépendance et pas d'utilisation toxicomanogène <i>Prescription et utilisation abusive</i>

Addictions sans substances/addictions comportementales

Jeu de hasard et d'argent – Gambling disorder

Ce trouble peut être défini comme « une pratique problématique récurrente et persistante des jeux conduisant à une détresse ou à une détérioration cliniquement significative » (American Psychiatric Association, 2013). Ce trouble a un impact sur les sphères individuelles, familiales, professionnelles de l'individu.

Selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), on distingue plusieurs catégories de joueurs en fonction de la pratique :

- les joueurs « au cours de l'année » : ce sont des personnes qui ont joué au moins une fois à un jeu au cours des 12 derniers mois ;

- les joueurs actifs : ces joueurs sont subdivisés en deux catégories, un même individu pouvant appartenir aux deux catégories en même temps : les joueurs réguliers sont ceux qui ont joué au moins 52 fois au cours des 12 derniers mois et les joueurs dépensiers qui ont misé au moins 500 euros au cours des 12 derniers mois.

Epidémiologie :

Afin de déterminer la proportion de joueurs ayant une pratique de jeux excessive voire problématique, les deux outils les plus connus et couramment utilisés sont le SOGS (South Oaks Gambling Screen ; Lesieur & Blume, 1987) et l'ICJE (Indice Canadien du Jeu Excessif ; Ferris & Wynne, 2001). Lors du dernier baromètre Santé réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) en 2014, 18% de la population générale est considérée comme « joueurs actifs » contre 11,6% en 2010, soit une augmentation significative du nombre de « joueurs actifs » suite à l'ouverture du marché des jeux en ligne (Costes, Eroukmanoff, Richard, & Tovar, 2015). En ce qui concerne les joueurs « à risque modéré », ils représentent 1,4% de la population générale en France en 2014 contre 0,9% en 2010, traduisant là aussi une augmentation significative (Costes et al., 2015). En revanche, le nombre de joueurs « excessifs » est resté stable entre 2010 et 2014 et représente 0,4% de la population générale soit environ 200 000 personnes (Costes et al., 2015).

Trouble lié aux jeux en ligne : Internet gaming disorder

Ce trouble peut être défini comme « une utilisation persistante et répétée d'Internet pour participer à des jeux, souvent avec d'autres joueurs, conduisant à des troubles et une détresse significatifs » (American Psychiatric Association, 2013, p. 795). Il a fait récemment son entrée dans le DSM V dans la section III du DSM-V (Mesures et modèles émergents).

Epidémiologie :

Les données sur l'usage excessif des jeux vidéos sont assez peu nombreuses. Cela s'explique en partie par la récence du phénomène, mais également par le manque d'outils d'évaluation standardisés. Une enquête récente a été menée auprès d'adolescents par l'OFDT et le centre Pierre-Nicole de la Croix-Rouge française, l'enquête Pelleas (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2014). Cette enquête a pu établir, au moyen de la Game Addiction Scale (GAS), aussi appelée échelle de Lemmens (Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2009), que 14% des joueurs atteint le score seuil d'un usage problématique. Néanmoins, ce chiffre est à considérer avec précaution. En effet, outre le fait que le diagnostic d'addiction aux jeux vidéos nécessite davantage de recherches, il est important de noter que cette enquête a été menée auprès d'adolescents scolarisés de la 4^e à la première, période plus sensible à la pratique des jeux vidéos. Ce chiffre n'est donc pas représentatif de la population générale. A titre indicatif, des études menées aux Etats-Unis (8-18 ans: Gentile, 2009) et en Espagne (13-18 ans :

Tejeiro Salguero & Bersabe Moran, 2002) font état d'un taux de 7-8% d'usage problématique des jeux vidéos. Mais là encore, ces études ont été réalisées en population adolescente.

Addictions comportementales en débat

Un certain nombre de comportements addictifs ou perçus comme tels fait actuellement débat. Ces addictions ne figurent donc pas encore dans le DSM-V ou bien y figurent dans des sections autres que les addictions comportementales (ex : l'addiction à Internet dans la section III du DSM-V). Malgré cela, un certain nombre d'études s'interroge sur l'existence de ces addictions comportementales non incluses dans le manuel du DSM-V, faute de fondements scientifiques suffisants. Parmi ces addictions, ou conduites potentiellement addictives, on peut citer l'addiction à Internet, l'addiction au téléphone portable, les addictions sexuelles, les achats compulsifs et même l'obésité.

- *Addiction à Internet :*

Comme nous l'avons déjà mentionné (cf. Evolution de la prise en compte des addictions dans le DSM), l'addiction à Internet en tant que trouble à part entière ne fait pas encore partie des diagnostics reconnus dans le DSM-V. On parle d' « usage problématique d'Internet ». La définition de l'usage problématique d'Internet retrouvée communément (Aboujaoude, 2010) fait état d'une préoccupation démesurée pour l'utilisation d'Internet, un usage excessif d'Internet pouvant se manifester par un temps passé sur Internet supérieur à celui envisagé, ces difficultés pouvant aboutir à une détresse ou des troubles significatifs. Cet usage problématique est marqué par un manque de contrôle. Il peut avoir un impact négatif sur les relations avec l'entourage, ainsi que sur l'environnement professionnel de la personne. On peut voir que cette définition est proche du concept d'addiction, appliqué aussi bien aux addictions avec que sans substances.

Epidémiologie :

Une étude menée auprès d'adolescents de différents pays européens fait état d'une prévalence d'usage inadapté de 13.5% (France : 13.8 %) et d'usage pathologique d'Internet de 4.4% en Europe (France : 2.6 %) (Durkee et al., 2012). Comme pour les addictions aux jeux vidéo, il existe peu de données sur la population adulte. Une étude menée auprès de 200 adultes tout-venants en France (Danet & Miljkovitch, sous presse) rapporte un taux de 8% de personnes ayant un usage problématique, c'est-à-dire obtenant un score supérieur à 50 à l'Internet Addiction Test (IAT : Young (1998) ; validation française : Khazaal et al., 2008).

- *Addiction au téléphone portable (Billieux et al., 2011)*

L'addiction au téléphone portable peut être définie comme un usage excessif et incontrôlable de son téléphone portable. Néanmoins, l'existence en tant que telle de cette addiction est sujette à débat. « Est-ce que les troubles liés à l'usage du téléphone portable peuvent être considérés comme une addiction comportementale ? ». C'est la question que pose Joël Billieux et ses collaborateurs (Billieux, Maurage, Lopez-Fernandez, Kuss, & Griffiths, 2015). S'il peut être utile pour de nombreuses applications au quotidien (gestion des comptes, maintien des contacts, aide-mémoire, assistant de santé...), le téléphone portable est aussi associé à des comportements bien moins positifs tels que,

entre autres, des troubles du sommeil (Thomée, Härenstam, & Hagberg, 2011) et des difficultés financières (Billieux, Van Der Linden, & Rochat, 2008). Il n'est pas pour autant certain qu'un usage excessif du téléphone portable puisse être défini comme une addiction. En effet, il semble ne pas exister d'études permettant de faire un lien entre le fonctionnement neurobiologique et l'« addiction au téléphone portable », contrairement à ce que l'on peut observer pour les addictions avec substances et certaines addictions comportementales (Billieux et al., 2015). D'autre part, les usages du téléphone portable peuvent être très variés : appels, textos, mails, usage professionnel (mails, communications ...), jeux vidéos, réseaux sociaux, gestion du quotidien, billetteries électroniques ... Il convient donc sûrement de définir les différents usages ainsi que les motivations liées à ces usages afin de pouvoir définir et identifier des troubles addictifs spécifiques (Billieux et al., 2015). La question reste donc à l'étude ...

En lien avec l'usage problématique du téléphone portable ou plus particulièrement avec la notion de dépendance à cet outil multi-usage, un terme est récemment apparu dans la littérature. Il s'agit du terme de « nomophobie ». Apparu en 2008 lors d'une étude menée au Royaume-Uni par le UK Post Office (SecurEnvoy, 2012), ce terme correspond à la contraction de « *no mobile phone phobia* » et renvoie à « l'inconfort, l'anxiété, la nervosité ou à l'angoisse causé par le fait de ne plus être en contact avec son téléphone portable ou son ordinateur » (Bragazzi & Puente, 2014, p. 156). Malgré les recommandations d'un groupe de chercheurs (Bragazzi & Puente, 2014), ce diagnostic d'addiction au téléphone portable n'a pas été retenu par les experts du groupe « Anxiété » du DSM-V⁸.

Epidémiologie :

L'absence de consensus sur l'existence de l'addiction au téléphone ainsi que le manque d'outils validés rendent difficile l'évaluation du nombre de personnes ayant potentiellement des difficultés à réguler leur usage du téléphone portable. Menée au Royaume-Uni en 2008, l'étude dans laquelle est apparue le terme « nomophobie » faisait état de près de 66% de la population qui souffrirait de nomophobie (SecurEnvoy, 2012). En France, un sondage mené en 2012 par la société Mingle Trend auprès de plus de 1500 personnes révèle que 22% des personnes disent ne pas pouvoir passer plus d'une journée sans leur téléphone portable (Mingle Trend, 2012). Si ces enquêtes semblent indiquer qu'une partie importante de la population éprouverait des difficultés à se tenir éloignée de cet objet, on est toutefois encore loin de véritables données épidémiologiques. Il faudrait notamment voir comment les personnes, qui se disent « accros » à leur *smartphone*, réagiraient réellement si elles en étaient privées et quelles seraient alors leurs cognitions et émotions. La validation d'un outil récent, le Nomophobia Questionnaire (Yildirim & Correia, 2015) basé sur 4 dimensions de la nomophobie (« ne pas être capable de communiquer – *Not being able to communicate* », « perdre le contact - *Losing connectedness* », « Ne pas pouvoir avoir accès à l'information - *Not being able to access information* » et « Renoncer au confort, aux commodités - *Giving up convenience* ») pourra peut-être permettre une meilleure exploration de ce nouveau phénomène.

■ *Addictions sexuelles :*

Alors que le DSM-IV parlait de « troubles sexuels », le DSM-V ne fait plus état que de « dysfonctions sexuelles ». Parmi ces dysfonctions sexuelles, les diagnostics de trouble de dépendance à la sexualité et d'hypersexualité n'ont pas été retenus dans le DSM-V (que ce soit dans la section diagnostic comme

⁸ La pertinence de cette « phobie » dans le domaine psychopathologique (sur une population adolescente) fait actuellement l'objet d'une thèse de doctorat (Martel, en préparation).

dans la section des études nécessitant davantage de fondements scientifiques). Malgré l'absence de reconnaissance de l'« addiction sexuelle » comme une entité nosographique, l'Institut Fédératif des Addictions Comportementales en donne la définition suivante : « L'addiction sexuelle [...] est une fréquence excessive et croissante, non contrôlée, d'un comportement sexuel, non conventionnel, qui persiste en dépit des conséquences négatives possibles et de la souffrance personnelle du sujet. Le sexe devient une priorité absolue dans la vie de la personne. Elle est prête à tout sacrifier, vie affective, travail... La dépendance sexuelle ou addiction sexuelle doit être différenciée des troubles des fonctions sexuelles, des perversions sexuelles ou paraphilies » (Institut Fédératif des Addictions Comportementales, 2014). Il est également possible de trouver sur leur site une brochure permettant d'évaluer ces pratiques sexuelles en cas de suspicion d'une conduite de dépendance (Institut Fédératif des Addictions Comportementales, 2014). La dépendance sexuelle peut également survenir dans un contexte d'usage des nouvelles technologies. En effet, il semblerait qu'une nouvelle catégorie de patients, des « cyberaddicts sexuels », se présentent en consultation.

Epidémiologie :

Malgré l'absence de reconnaissance du diagnostic d'addiction sexuelle dans le DSM-V, un nombre croissant d'outils (Karila et al., 2014) permet tout de même d'avoir une estimation du nombre de personnes qui présenterait ce trouble. Néanmoins, en France, ce nombre reste imprécis compte tenu du peu de reconnaissance des addictions sexuelles, contrairement à ce qui se pratique aux Etats-Unis par exemple. Dans le rapport d'activité de 2013 de l'Hôpital Marmottan⁹ (Centre médical Marmottan, 2014), 6% des patients sont venus consulter pour une addiction au « cybersexe ». Selon ce rapport, le nombre de consultations pour cette conduite addictive serait en constante augmentation. En ce qui concerne les addictions sexuelles dans un sens plus large, les études tendent à faire état d'une prévalence de l'ordre de 3 à 6 % de la population générale, avec une large représentation de la population de sexe masculin (Karila et al., 2014).

▪ *Achats compulsifs*

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la notion d'achats compulsifs n'est pas si récente dans la littérature. Elle est apparue au début du vingtième siècle. Ce sont les psychiatres Kraepelin (1915), sous le terme d'« oniomanie » (ou manie des achats) et Bleuler (1924) qui l'ont définie les premiers. Les achats compulsifs peuvent être définis comme « un comportement d'achats chronique, répétitif qui devient la première réponse à des événements ou des émotions négatifs et qui peut comprendre des symptômes équivalents au *craving* et au sevrage » (Lejoyeux & Weinstein, 2010, p. 248). Malgré des critères diagnostiques comparables aux addictions avec substances (ex : le besoin irrésistible de procéder à un achat, la perte de contrôle, les sensations d'inconfort en cas de « non-achat »...), le diagnostic d'achats compulsifs n'a pas été retenu dans le DSM-V. Cela tiendrait entre autre à la question de savoir si les achats compulsifs relèvent d'un trouble du contrôle des impulsions (*impulsive-compulsive disorder*) ou d'une conduite addictive (Lejoyeux & Weinstein, 2010) ; cela tiendrait également à la trop grande hétérogénéité des conduites qui pourraient être regroupées sous le diagnostic d'achats compulsifs (Piquet-Pessôa, Ferreira, Melca, & Fontenelle, 2014). Là encore, des

⁹ L'Hôpital Marmottan (ou centre médical Marmottan) est un lieu historique de la prise en charge des conduites addictives en France. Fondé en 1971 par le Docteur Claude Olievenstein, il a ensuite été dirigé par le Docteur Marc Valleur jusqu'en 2014. L'hôpital Marmottan est actuellement dirigé par le Docteur Mario Blaise.

précisions sur les critères diagnostiques doivent être apportées afin de pouvoir entrer dans la « bible » des diagnostics de santé mentale.

Epidémiologie :

Selon Basquin & Lejoyeux (2012), la prévalence des achats compulsifs serait de 2% à 5,8% de la population générale en Europe et aux Etats-Unis. Cependant, il semblerait que des études prenant en compte des critères diagnostiques plus larges arrivent à un taux de prévalence pouvant aller jusqu'à 16% de la population générale (Hassay & Smith, 1996). Pour ce qui est de la population française, l'étude d'Adès & Lejoyeux (1999) rapporte un taux de prévalence de l'ordre de 4 % de la population générale. Lorsque l'on s'intéresse à la prévalence en fonction du sexe des individus, on s'aperçoit que des divergences existent entre les études. En effet, si une large proportion observe une part plus importante de femmes qui présenteraient des comportements d'achats compulsifs (Dervaux, 2008), une étude de grande ampleur réalisée aux Etats-Unis par Koran et ses collaborateurs (Koran, Faber, Aboujaoude, Large, & Serpe, 2006) n'a mis en évidence aucune différence significative entre les hommes et les femmes. En effet, réalisée au moyen de plus de 2500 entretiens téléphoniques, cette étude a mis en évidence un taux de prévalence des achats compulsifs de 6% pour les femmes contre 5,5% pour les hommes. Contrairement à ce que l'on peut observer dans les addictions aux nouvelles technologies par exemple, l'âge de survenue de ce trouble serait relativement tardif, puisqu'il pourrait se situer aux alentours de 30 ans (McElroy, Keck, Pope, Smith, & Strakowski, 1994).

■ *Obésité*

Selon l'OMS, l'obésité est définie comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé ». L'obésité est présente lorsqu'une personne a un IMC (indice de masse corporelle) supérieur à 30. Si l'obésité peut être causée par des troubles métaboliques ou génétiques, certaines recherches posent aujourd'hui la question d'une prise en compte de l'obésité comme d'une addiction (Balodis et al., 2013; Gearhardt, Grilo, DiLeone, Brownell, & Potenza, 2011; Potenza, 2014; Ziauddeen, Farooqi, & Fletcher, 2012). En effet, il semblerait qu'il y ait une différence importante entre les personnes minces et les personnes présentant une obésité en ce qui concerne « l'activation des circuits neuronaux de la motivation qui pourraient conduire à la consommation de nourriture » (Potenza, 2014). Ces recherches posent également la question du diagnostic de « *Binge eating disorder* » (consommation excessive de nourriture en un laps de temps restreint), qui est apparu dans le DSM-V dans la section des « troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires » (*feeding and eating disorders*), comme d'une conduite addictive. Selon le DSM-5, le « *Binge eating disorder* est défini comme des épisodes récurrents d'ingestion, en un laps de temps réduit, d'une quantité de nourriture significativement plus importante que ce que la plupart des gens mangerait dans des circonstances similaires, avec des épisodes marqués par un sentiment de perte de contrôle ».

Néanmoins, savoir si obésité, « *Binge eating disorder* » et addiction à la nourriture sont une entité ou des diagnostics différenciés, de même que leur appartenance ou non aux conduites addictives restent aujourd'hui des questions qui ne trouvent pas encore de réponse consensuelle.

Epidémiologie :

Une vaste étude menée récemment par l'OMS auprès de 24 124 personnes dans 14 pays (Kessler et al., 2013) rapporte une prévalence moyenne de 1,4% (comprise entre à 0,8 et 1,9%) de la population

qui aurait présenté un trouble de « binge eating » au cours de la vie et une prévalence moyenne de 0,8% (comprise entre à 0,2% et 1,0%) de la population qui aurait présenté un trouble de « binge eating » au cours des douze derniers mois.

En ce qui concerne l'obésité liée à des conduites d'alimentation addictives, il n'existe pour l'heure pas de véritables données épidémiologiques. En effet, des recherches doivent encore être menées afin d'établir des liens entre obésité et addiction, et permettre par la suite l'élaboration d'outils validés pour l'évaluation de ce comportement actuellement envisagé comme addictif.

TROUBLES ASSOCIES ET ADDICTION AVEC OU SANS PRODUIT

Tableau : Troubles associés aux addictions avec substance

	Trouble psychotique	Trouble bipolaire	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	TOC/tr. associés	Troubles du sommeil	Dysfonct. sexuel	Délire	Troubles neuro-cognitifs
Alcool	I/S	I/S	I/S	I/S		I/S	I/S	I/S	I/S/P
Caféine				I		I/S			
Cannabis	I			I		I/S		I	
Hallucino.	I	I	I	I				I	
Inhalants	I		I	I				I	I/P
Opioïdes			I/S	S		I/S	I/S	I/S	
S/H/A ¹⁰	I/S	I/S	I/S	S		I/S	I/S	I/S	I/S/P
Stimulants ¹¹	I	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I	I	
Tabac						S			
Autres	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S	I/S/P

I = début durant intoxication ; S = début durant sevrage ; I/S = début durant intoxication ou sevrage ; P = trouble persistant

¹⁰ S/H/A = sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques

¹¹ Inclut amphétamines, cocaïne ou autres stimulants

Tableau : Troubles associés aux addictions sans substance

Achats compulsifs	Addictions sexuelles	Téléphone portable	Internet	Jeux en ligne	Jeu de hasard et d' argent	
						Troubles psychotiques
		X			X	Troubles de la personnalité
X		X	X		X	Troubles dépressifs
X		X	X			Troubles anxieux
X	X	X				TCA
X		X	X	X	X	Alcool
X	X	X		X	X	Abus de substances
X				X		Trouble du contrôle des impulsions
		X		X		Addictions sexuelles
		X		X		Achats compulsifs